CENA EGZEMPLARZA 2 ZŁ.

Rok I. Lipiec 1924. Nr. 7

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, poświęcony sprawom psychjatrycznym, naukowym i praktycznym.
Organ Zakładów Psychjatrycznych Polski Zachodniej.
Dziekanka — Kocborów — Kochanówka — Kościan — Lubliniec — Owińska — Rybnik — Świecie.
Redaktor naczelny: **Aleksander Piotrowski.** Zastępca redaktora: **Oskar Bielawski**
Adres Redakcji i Administracji: Gniezno-**Dziekanka**, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

ZESZYT ZJAZDOWY.

TREŚĆ

SOMMAIRE

Zeszyt Zjazdowy można nabyć w Redakcji za nadesłaniem 2 zł.

Redakcja Nowin Psychjatrycznych zaprasza Szanownych Kolegów do prenumerowania **Miesięcznika.** Od 1. stycznia 1925 r. prenumerata kwartalna będzie wynosić 2 zł. Nowiny Psychjatryczne zapisuje się na razie w Redakcji z równoczesnem nadesłaniem przedpłaty kwartalnej w kwocie 2 zł. Czasopismo wysyła się pod opaską.

Warunki ogłoszeń prac: Now. Psych. zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych itp. z dziedziny psychjatrji teorytycznej i praktycznej i dziedzin pokrewnych. Rękopisów nie zwraca się. Prosi się Szan. Autorów o dołączenie do swych prac streszczeń w jednym z języków obcych (francuskim, angielskim, niemieckim). Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

REDAKCJA.

Sprawozdanie z V. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Lublińcu

w dniach 8, 9, 10 czerwca 1924.

Otwiera Zjazd Organizator tegoż Dr. Cyran, Dyrektor Zakładu Psychjatrycznego w Lublińcu następującem przemówieniem:

Szanowni Państwo!

Jako gospodarzowi tegorocznego Zjazdu Psychjatrów Polskich przypadł mi zaszczytny obowiązek zagajenia Zjazdu.

Podejmując się tego, nie mogę ukryć głębokiego wzruszenia radości i zadowolenia, że powitać mogę przodowników nauki psychjatrycznej i wiedzy polskiej ze wszystkich stron Rzeczypospolitej Polskiej tu w Zakładzie Lublinieckim, znanym u nas do niedawna jako twierdzę niemczyzny.

Stoicie, Sz. P. nad pograniczem Kresów zachodnich, na ziemi silnie zroszonej krwią powstańczą, w powiecie szczególnie bogatym w mogiły bohaterów, poległych w walce o wolność.

Narzuca nam się więc wprost atmosfera, wymagająca skupienia, czujności i wytężenia w bratniej zgodzie wszystkich sił.

Byłbym szczęśliwy, gdyby taki duch chciał owiać piąty Zjazd.

Byłby to dowód, że nietylko my, Ślązacy, chcemy iść na życie i śmierć za Polską, ale, że i Polska chce nas przygarnąć nie tylko pod względem gospodarczym, lecz przedewszystkiem pod względem duchowym. Dla tego życzę od siebie Zjazdowi z całego serca jak najobfitszego plonu pracy ku chwale naszej ojczyzny i dobru cierpiącej ludzkości.

Na propozycję mówcy wybrano przez aklamację prof. Mazurkiewicza z Warszawy na przewodniczącego obrad, który wezwał zgromadzonych do uczczenia pamięci tych, którzy krwią swoją wywalczyli wolność Śląska (zebrani powstają).

P. Mazurkiewicz zaproponował jako zastępców przewodniczącego Doc. Dr. Radziwiłłowicza z Warszawy i prof. Mikulskiego z Wilna, na sekretarza dyr. Łuniewskiego z Tworek, na zastępców Dr. Bielawskiego z Dziekanki i Dr. Rostka z Rybnika. Propozycja została przyjęta przez aklamację

Następuje powitanie Zjazdu przez władze województwa śląskiego i miasta Lublińca oraz przez delegatów instytucji naukowych i społecznych.

Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia reprezentował Doc. Dr. Radziwiłłowicz,
Wojewodę Śląskiego zastępował Dr. Rostek z Katowic,
Administrację Apostolską — Ks. Dr. Jarczyk,
Starostwo Lublinieckie — Dr. Piechaczek,
Magistrat miasta Lublińca — p. Orlicki,
Towarzystwo Neurologiczne w Warszawie — płk. Dr. Koelichen,
Towarzystwo Kryminologiczne — ppułk. Dr. Nelken,
Towarzystwo Wiedzy wojskowej — major. Skrzywan.

Przemówienie Doc. Dr. Radziwiłłowicza.

Przypadły mi w udziale zaszczyt wielki i radość wielka.

Mam w imieniu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przywitać V-ty Zjazd Psychjatrów Polskich na Górnym Śląsku, w zakątku Polski „cudem wróconym na Ojczyzny łono", w Staropolsce, jak dzielnicę Śląska chrzci wieść gminna, „ta arka przymierza między dawnemi i mlodemi laty".

Zjazd psychjatrów polskich cechuje pewien rys odrębny, który podkreślić jest mi szczególnie miło. Obok zagadnień ściśle naukowych, stwierdzających wymownie, że psychjatryczna myśl polska dotrzymuje kroku ogólnej myśli naukowej, psychjatrzy nasi na wszystkich swych zjazdach poruszają sprawy o charakterze ogólno państwowym, dążą, jako pewien odłam społeczny, do ścisłej współpracy z Państwem, do przychodzenia mu z pomocą, radą i czynem. Jedno z takich zadań — walkę z alkoholizmem, ustawodawcze uporządkowanie wiążących się z tem zagadnień, — wysunął Zjazd obecny na czoło swych prac, czyniąc ze sprawy „alkoholik w kodeksie karnym, cywilnym i administracyjnym" zasadniczy temat zjazdowego porządku dziennego.

Szczególnie miło mi, powtarzam, podkreślić ten rys „państwowy" Zjazdu, tutaj, w tem „osobliwem" miejscu naszych obrad.

Witam całem sercem V-ty Zjazd Psychjatrów Polskich w Lublińcu na Górnym Śląsku.

Przemówienie Dr. Rostka, Katowice.

Z polecenia i w imieniu p. Wojewody Śląskiego mam zaszczyt powitać V-ty Zjazd Psychjatrów Polskich. Po odzyskaniu wolności państwowej jest to pierwszy Kongres na ziemi staropolskiej, dzielnicy piastowskiej. Przeszło 6 wieków zapomnienia przez swoich, a udręczeń i prześladowań przez obcych, nie zdołały zgasić w ludzie śląskim znicza narodowego, tego poczucia polskości, które lekceważyli wrogowie a długo niedoceniali najbliżsi.

Przejście Sobieskiego przez Śląsk Górny pozostało tylko wspomnieniem etnograficznojęzykowem, a piewca pieśni Janusza w pieśni o ziemi naszej zupełnie zapomniał o Śląsku, bo uważał, że lud z nad Odry, lud Odraków, to lud zniemczały. Lecz spirytus flat ubi vult.

Głos krwi polskiej, poczucie odrębności narodowej, odporność, sprężystość, zaciętość i wytrwałość nasza sprawiła, że długie już lata przed początkiem wielkiej wojny nawet w umysłach prusko-germańskich niepoślednie a frasobliwie zaczynała zajmować miejsce sprawa polska na Śląsku.

Śląska Górnego w znaczeniu historycznem nie otrzymaliśmy. Dostaliśmy raczej okruchy, bo tylko małą część raciborskiego, rybnickiego, kawałek ziemi oświęcimsko-zatorskiej i siewierskiej. Jeżeli Panowie zrobicie spostrzeżenie, że niemcy tak mało zabrali i tak niewiele zniszczyli w Lublińcu, polega to na tem, że do ostatniej chwili nie przypuszczali, żeby ta staropolska mieścina mogła im wysunąć się z ręki. Inaczej obeszli się z Rybnikiem; tam zabrali, co tylko się dało.

Jest jeszcze inny powód, który nakłada na mnie miły mi obowiązek powitania Szanownych Panów i Kolegów. Jako Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego, któremu podlega Zakład ten pod względem sanitarnym, chętnie widzę Panów w tych murach, bo chciałbym usłyszeć światłe zdanie tak poważnych i dobrze zasłużonych uczonych Polski i chciałbym korzystać z ich uwag i doświadczenia. Panowie nazywacie się psychjatrami, chociaż równie dobrze moglibyście nazywać się może psychologami i psychopatologami. Nazwa psychjatry jest jednak więcej obiecująca i łagodzi cokolwiek nadzwyczajną surowość i potęgę, która pozwala Panom bez pomocy sądownictwa ograniczać prawa obywatelskie, a nawet osobistą swobodę człowieka. Jak należy korzystać z tej władzy nadzwyczajnej, jak łagodzić surowość tak daleko idących kroków, jak usuwać cierpienia, często ledwo uchwytne i utajone, a jednak brzemienne w swych skutkach, jak przeciwdziałać im i jaki stawić im opór, żeby do ludzi nie miały przystępu, to wszystko jest Waszą troską i przedmiotem badań Waszych.

Oby narady były owocne i przyniosły korzyść nauce, ludzkości, społeczeństwu i narodowi naszemu — tego życzę z całego serca.

Dr. Koelichen w gorących a serdecznych słowach wspomniał czasy (1908), kiedy się odbywały zjazdy wspólnie z neurologami, życząc, by pokrewne dziedziny naukowe połączyły się ponownie na zjazdach przyszłych.

Następnie Dr Bielawski odczytał telegramy powitalne od:

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego,

Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie,

Prof. Piltza, Wachholza z Krakowa, Prof. Władyczki z Wilna, Dyr. Kolbergera z Kulparkowa, Dyr. Zagórskiego z Kobierzyna, Prof. Sieradzkiego, Halbana ze Lwowa, Dyr. Dekowskiego, Dr. Dr. Furmanna, Paczkowskiego, Przeworskiego ze Świecia, Falkowskiego, Ławińskiego, Podwińskiego Hurynowiczówny z Wilna.

Po czem przystąpiono do wysłuchania zgłoszonych na Zjazd referatów:

Tematy zasadnicze.

1. Dyr. Dr. **Łuniewski** — Tworki: Alkoholizm w kodeksie karnym.
2. Dyr. Dr. **Piotrowski** — Dziekanka: Alkoholizm i ustawodawstwo (ubezwłasnowolnienie alkoholika).
3. Doc. Dr. **Radziwiłłowicz** — Warszawa: Alkoholik pod względem sądowo-administracyjnym.
4. Doc. Dr. **Artwiński** — Kraków: Leczenie porażenia postępującego.
5. Dr. **Stępień** — Warszawa: Leczenie porażenia postępującego malarją.
6. Dr. **Bielawski** — Dziekanka: Kilka uwag o leczeniu porażenia postępującego.
7. Dyr. Dr. **Piotrowski** — Dziekanka: Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego.
8. Doc. Dr. **Radziwiłłowicz** — Warszawa: Polska lex ferenda o niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej.
9. Prof. **Mazurkiewicz** — Warszawa: O patologji afektu.
10. Dr. **Siemionkin** — Dziekanka: Rewolucja, społeczeństwo, zachorzenia psychiczne.
11. Dyr. Dr. **Siwiński** — Kochanówka: Opadanie czerwonych ciałek krwi w chorobach umysłowych.
12. Dr. **Zamecki** — Warszawa: Chemiczne badanie krwi u psychicznie chorych.
13. Dr. **Bielawski** i Dr. **Siemionkin** — Dziekanka: Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach extrapiramidowych.
14. Dr. **Bielawski** — Dziekanka: Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji.
15. Dr. **Mitkos** — Warszawa: Zachowanie się psychicznie chorych po odmie czaszkowej.
16. Dr. **Przerodzka** — Warszawa: Zaburzenia psychiczne występujące po odmie czaszkowej.
17. Dr. **Zandowa** — Warszawa: Rola ochronna naczyniówki i splotów naczyniastych.

UCHWAŁY ZJAZDU
i
dyskusja nad niemi.

Przewodniczący: Wpłynęły następujące wnioski opracowane przez Prezydjum, które w redakcji Dr. Radziwiłłowicza brzmią:

Wniosek pro foro externo z ogłoszeniem w prasie ogólnej.

I. Zjazd wzywa Rząd do podjęcia energicznej walki z wrastającą klęską alkoholizmu, a przedewszystkiem do ścisłego przestrzegania przepisów ustawy przeciw-alkoholowej i surowego ścigania przestępstw przeciwko tej ustawie.

II. Zjazd wzywa Rząd do tworzenia zamkniętych zakładów leczniczych dla alkoholików.

III. Wobec katastrofalnego braku miejsc dla chorych psychicznie we wschodnich dzielnicach Państwa, Zjazd wzywa czynniki miarodajne do należytego wyzyskania miejsc wolnych w zakładach byłej dzielnicy pruskiej i do budowy zakładów na wschodzie.

Wniosek pro foro interno, bez ogłoszenia w prasie ogólnej.

IV. Zjazd uchwala: zwrócić się do Komisji kodyfikacyjnej z wnioskiem o poddanie rewizji projektu przepisów prawa o niepoczytalności, poczytalności i odpowiedzialności zmniejszonej i poleca Komisji złożonej z majora Skrzywana, ppułkownika Nelkena, prof. Sieradzkiego, Dr. Bednarza, Doc. Radziwiłłowicza pod przewodnictwem prof. Mazurkiewicza opracowanie wniosku i złożenie go Komisji kodyfikacyjnej.

Dyskusja:

Ppułk. Dr. Nelken proponuje, by projekt zwołania Komisji został poddany pod obrady VI Zjazdu,

Dr. Bednarz proponuje zaprosić do Komisji przedstawiciela Towarzystwa Kryminologicznego.

Dr. Nelken podejmuje się zwrócić osobiście do Tow. Kryminolog. z prośbą o wyznaczenie delegata.

Doc. Radziwiłłowicz zwraca uwagę, że odłożenie sprawy na rok może spowodować opóźnienie sprawy i uczynić ją nieaktualną. Wzmiankuje, że rozmyślnie zaproponował na członków Komisji większość przeciwników swej tezy (pod IV), a to w celach bezstronności.

Dr. Nelken cofa wniosek odroczenia sprawy do VI Zjazdu i tylko proponuje porozumienie się poprzednio z poszczególnymi Oddziałami Towarzystwa.

Doc. Radziwiłłowicz godzi się na zaproszenie delegata Tow. Krym. Z tą drobną zmianą wnioski zostały przyjęte jednogłośnie.

V. Wniosek Towarzystwa Centralnego dotyczący przedłożenia tematów zasadniczych na Zjazd już na poprzednim zjeździe.

Prof. Mazurkiewicz godzi się zasadniczo na tę propozycję, lecz twierdzi, że dziś (na teraźniejszym zjeździe) jest zapóźno, by przygotować tematy.

Dyr. Cyran proponuje jako temat zasadniczy przyszłego zjazdu: „Pomoc Psychjatryczna". Motywuje tem, że jest paląca potrzeba ujednostajnienia tej sprawy w Polsce.

Zjazd postanawia odroczyć tę sprawę do posiedzenia walnego Towarzystwa Psychjatrycznego.

VI. Protest Dr. Wizela i towarzyszy Szpitala na Czystem przeciwko rozdaniu referatów na temat: „Leczenie porażenia postępującego" bez poprzedniego porozumienia się z Towarzystwem Psychjatrycznem, oraz wniosek, by na przyszłość takie porozumienie regularnie miało miejsce.

Doc. Radziwiłłowicz wyjaśnia nieścisłość treści protestu i akcentuje jego bezpodstawność gdyż nie Zarząd Towarzystwa Psychjatrów rozdawał tematy, lecz poszczególne Oddziały zgłosiły tematy i podały referentów, a Zarząd główny ograniczył się tylko do przyjęcia jako tematu zasadniczego sprawy leczenia porażenia postępującego.

VII. Pozostaje sprawa wyboru miejsca VI. Zjazdu.

Doc. Radziwiłłowicz proponuje Kraków.

Dr. Stryjeński jako sekretarz Oddziału krakowskiego wita tę myśl.

Dr. Sterling proponuje, by organizacja zjazdu w Krakowie była analogiczna do organizacji zjazdu w Poznaniu, to znaczy, by jeden dzień zjazdu odbył się w Zakładzie w Kobierzynie.

Doc. Radziwiłłowicz stwierdza, iż jest to pożądane, jednak uważa wysunięcie tej propozycji za wkraczanie w kompetencje komitetu organizacyjnego przyszłego zjazdu.

Dr. Sterling wniosek cofa.

Następuje ostatnie słowo przewodniczącego prof. Mazurkiewicza zamykającego obrady Zjazdu Mówca stwierdza owocny wynik obrad, oraz wyraża gorące podziękowanie Dyrektorowi Cyranowi i jego małżonce za gościnność, a także przedstawicielom władz i innych instytucji, którzy nie szczędzili trudu w celu zorganizowania Zjazdu.

V. ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W LUBLINCU

udał się pod każdym względem dzięki doskonałej organizacji. Dyr. Cyran nie szczędził energji i sił własnych i cudzych i pokazał, co może zdziałać jednostka pełna zapału, sprężystości i świadoma celu.

Wszyscy uczestnicy Zjazdu, a było ich przeszło 60, znaleźli wygodne pomieszczenie w pięknym i obszernym lublinieckim Zakładzie psychjatrycznym, który pod sprawnem kierownictwem Dyr. Cyrana stoi na wysokim poziomie administracji i należy bez wątpienia do najlepiej zarządzanych zakładów psychjatrycznych w Polsce.

Bogaty program obrad mógł być wyczerpany, ponieważ Dyr. Cyran czuwał, ażeby punktualność przez niego przepisana, skrupulatnie była przestrzegana. Wszędzie panował wzorowy porządek.

Za to po znojnej pracy całodziennej, wspólne kolacje i raut urządzony w II. święto z koncertem doborowej orkiestry wojskowej dały sposobność do zapoznania i zbliżenia się towarzyskiego gości pochodzących z różnych zakątków Polski. Przedstawiciele obywatelstwa miasta Lublińca i okolicy w serdecznych słowach sławili wydarzenie, że po raz pierwszy na Ziemi śląskiej odbywał się kongres naukowy polski.

Następnego dnia (III.) pod przewodnictwem Dyr. Cyrana uczestnicy Zjazdu urządzili wycieczkę do ośrodków przemysłu śląskiego; zwiedzili kopalnie Skarbofermu i huty w Królewskiej Hucie, oraz fabrykę azotu i elektrownię w Chorzowie, wszędzie gościnnie podejmowani, w Hucie śniadaniem, w Kopalni obiadem. Za to gościnne przyjęcie wyrażamy Dyrekcjom wymienionych zakładów przemysłowych raz jeszcze serdeczne podziękowanie.

Wieczorem uczęstnicy rozjechali się, pełni entuzjazmu i prawdziwego zadowolenia.

Dyr. Cyran ofiarował na wydanie sprawozdania ze Zjazdu 500 zł., za co mu Redakcja „Nowin Psychjatrycznych" składa niniejszem podziękowanie. Al. Piotrowski.

PRACE ORYGINALNE.

Alkoholik w kodeksie karnym

wygłosił

Dyr. Dr. Łuniewski.

Zadanie moje sprowadza się do wyjaśnienia pytania: jakim jest stosunek kodeksu karnego do alkoholika w dobie obecnej i jak stosunek ten powinien ułożyć się w przyszłości. Zanim wszakże przystąpię do tego pytania, wypada mi słów kilka poświęcić sprawie stosunku psychjatry do alkoholika.

Stosunek psychjatry do alkoholika.

W starych książkach, poświęconych leczeniu chorób psychicznych (biorę dla przykładu książkę Erlenmayera z r. 1863) wyczytać możemy zdanie, że alkohol „zajmuje jedno z celniejszych miejsc w terapji chorób psychicznych", że „wino rozwesela serce człowieka, uspokaja tęsknotę i daje sen spokojny". Jeszcze przed kilkunastu laty mogliśmy w budżetach zakładów psychjatrycznych znaleźć pozycję wydatków na napoje wyskokowe dla chorych.

Jeżeli zastanowimy się nad tem, że kolegom naszym z tych czasów dobrze już były znane kliniczne postacie psychoz na tle zatrucia wyskokiem, to musimy sobie postawić z konieczności pytanie, jakiemi przesłankami logicznemi kierowali się oni w swojem rozumowaniu lekarskiem, zalecając alkohol jako lekarstwo w chorobach psychicznych. Mimowoli nasuwa się myśl, czy nie kierowano się wtedy w terapji zasadą: „Similia similibus curantur". Zdaje się przecież, że nie ta idea homeopatji przewodziła rozumowaniu naszych kolegów z zeszłego stulecia — ale raczej idea nieszkodliwości umiarkowanego picia.

Pod czarującym wpływem tej — i dziś jeszcze żywej wiary, zwykłe upojenie alkoholowe znalazło się poza obrębem klasyfikacji psychjatrycznej i mogło być nawet zalecane w celach terapeutycznych.

Jeszcze u Krafft-Ebinga znajdziemy zdanie, że „pomiędzy zwykłem odurzeniem wyskokowem i psychozą zachodzi analogja, którą Krafft-Elbing nazywa: „die zutreffendste zugleich die umfassendste" — ale analogja, to wcale jeszcze nie tożsamość, to raczej nawet pewnego rodzaju zaprzeczenie tożsamości.

Zdaje się, że dopiero od czasów Kraepelina upojenie zwykłe zostało podniesione do godności psychozy toksycznej — ten jednak moment postawienia kropki nad i w teoretycznej rozbudowie klasyfikacji psychoz nie dorzuca nowego światła do ciemnej sprawy etiologji długiego szeregu psychoz, zaliczanych do grupy psychoz toksycznych, jeśli zaś chodzi o zadanie praktyczne lekarza stojącego przed forum sądowem w charakterze rzeczo-

znawcy — to je ten moment konsekwencji logicznej w rozbudowie naszej klasyfikacji raczej niepomiernie utrudnia.

Pod względem teoretycznym stoimy wobec ogromu pytań, na które nauka nie daje nam narazie odpowiedzi. Dlaczego w jednym przypadku długotrwałego nadużywania wyskoku dochodzi alkoholik do przepełnionego lękiem i halucynacjami wzrokowemi delirium cum tremore, w innym do psychozy omawianej z przewagą halucynacji słuchowych a w jeszcze innym nie zapada na żadną psychozę w znaczeniu ostrego i przemijającego stanu chorobowego, ale się stacza na dno moralnego i socjalnego upadku, w którym zachowuje zupełną przytomność, pozorną jasność myśli i imponującą pewność siebie lub też opanowany przez urojenia zazdrości dokonywa wyrafinowanego aktu zbrodni na żonie, którym żadna wątpliwość nie mąci jego przeświadczenia słuszności dokonanego przestępstwa?

Czy cała ta różnorodność objawów psychicznych, jaka zachodzi zarówno pomiędzy poszczególnemi postaciami ściślej określonych psychoz alkoholowych jak i pomiędzy temi psychozami i zwykłem codziennem odurzeniem, sprawiającem tyle uciechy pijącemu, tak bardzo rozpowszechnionem i tak szybko przemijającem, może być owocem jednego i tego samego posiewu etiologicznego?

Dlaczego jeden człowiek w podchmieleniu śpiewa, dowcipkuje i rozwesela towarzystwo, drugi wszczyna zadzierzyste awantury, inny staje się małomównym i smutnym a jeszcze inny zapada w stan nieznanego przeważnej większości pijącego towarzystwa lęku, zatraca wszelki cień panowania nad sobą, wyladowuje się w gwałtownych czynach brutalności i potem gubi całkowicie lub częściowo pamięć swego stanu i dokonanych działań; dlaczego w jednym przypadku do wywołania objawów odurzenia wystarczają znikomo małe ilości wyskoku, w innych zaś objawy te nie występują po dawkach dziesięćkroć większych — oto część długiego szeregu pytań, oczekujących na odpowiedź.

Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że odpowiedzi na te pytania szukać musimy nie tyle w dociekaniach co do ilości czy jakości spożywanych przez alkoholika napojów wyskokowych, ile raczej w tym gruncie, na który alkohol działa, to jest w ustroju chorego.

Teorja mechanizmu metatoksycznego, analogicznego z mechanizmem metaluetycznym w porażeniu postępującem, może przyczynić się do wyświetlenia pewnych pytań z zakresu etiologji psychoz alkoholowych, ale nie wyjaśnia ich wszystkich. Jasną jest rzeczą, że indywidualne wrodzone lub nabyte przed zatruwaniem się właściwości ustroju muszą odgrywać bardzo doniosłą rolę w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych alkoholika zarówno pochodzenia toksycznego jak i metatoksycznego, byłoby jednak błędem iść dalej i zaprzeczać z tego powodu — jak to czynią niektórzy — racjonalności zgrupowania psychoz tu omawianych pod jedną wspólną nazwą psychoz alkoholowych. Patologja somatyczna nie ma przecież żadnych skrupułów z tego powodu, że grupuje pod jedną wspólną nazwą schorzeń gruźliczych wszystkie te przypadki, w których zmiany chorobowe pozostają w związku z wkroczeniem do ustroju lasecznika K o c h a, jakkolwiek wypada jej z tego powodu pod jedną strzechą klasyfikacyjną trzymać przewlekłą, nieszkodliwą postać włóknistą gruźlicy obok suchot galopujących, kończących się śmiercią w ciągu kilku dni, ostre gruźliczne zapalenie opon mózgowych obok przewlekłego próchnienia kości. Jakkolwiek nie znamy dostatecznie mechanizmu kształtowania się różnorodnych poszczególnych postaci psychoz alkoholowych, wiemy przecież, że żadna z nich nie powstaje bez udziału intoksykacji alkoholowej i to daje nam dostateczne prawo do łączenia ich w jedną etiologiczną grupę.

Z licznych postaci zaburzeń psychicznych, występujących u alkoholików (M o r z e l l i wybiera ich do 20) dadzą się narazie teoretycznie wyodrębnić następujące odmiany.

1. Psychozy alkoholowe w znaczeniu ściślejszem. Zaliczałyby się do nich te wszystkie zaburzenia psychiczne, jakie powstają pod bezpośrednim wpływem toksycznym alkoholu u każdego przeciętnego zdrowego człowieka, niezależnie od jego właściwości ustrojowych jak również niezależnie od innych czynników pobocznych, działających na ustrój w szczególności od głębszych przemian wtórnych, jakie w ustroju zatruwanym powstać mogą.

2. Drugą odmianę stanowiłyby psychozy, uwarunkowane wtórnymi procesami pointoksykacyjnymi. Do grupy tej zaliczałyby się z jednej strony psychozy metatoksyczne,

powstające na tle procesów metabolicznych przy przewlekłem nadużywaniu wyskoku i przy ewentualnym udziale innych czynników natury fizycznej jak przygodne infekcje, urazy, wpływy termiczne i t. p. z drugiej zaś strony psychozy, towarzyszące anatomicznym procesom w układzie narwowym, występującym wtórnie na podłożu intoksykacyjnem.

Typowymi przedstawicielami tej odmiany psychoz alkoholowych byłyby: z jednej strony delirium, z drugiej psychoza Korsakowa.

3. Trzecią wreszcie odmianę psychoz alkoholicznych stanowiłyby reakcje toksyczne osób skądinąd już psychicznie nienormalnych — alkohol byłby tu czynnikiem jedynie tylko wyzwalającym utajoną właściwość patologiczną osobnika pijącego. Jakkolwiek działanie alkoholu i w tych przypadkach mogłoby stanowić konkretny warunek powstania psychozy, to jednak patoplastyczna rola alkoholu byłaby tu drugorzędną — alkohol nie wpływałby tu na postać psychozy przezeń wyzwolonej inaczej jak tylko w sensie pewnego specyficznego jej zabarwienia — zasadnicze objawy psychozy określałyby tu już wrodzone właściwości ustroju.

Do tej odmiany psychoz alkoholowych zaliczoną musiałaby być przedewszystkiem ostra i przewlekła halucynoza pijaka, dalej upojenie powikłane (tzn. patalogiczne), wszelkie upojenia epileptyków, głuptaków, degeneratów i schirzophreników..

Do tej też kategorji psychoz wypadłoby zaliczyć paranoidalne objawy alkoholików chroników w ich rozlicznych modyfikacjach.

Taki podział zaburzeń psychicznych alkoholików nie mieści w sobie jednak całego zakresu obrazów, jakie kojarzą się w umyśle psychjatry z pojęciem alkoholizmu. Poza obrębem powyżej nakreślonych odmian zaburzeń psychicznych pochodzenia wyskokowego pozostałby ten tak pospolity i przez swoją pospolitość tak może właśnie groźny dla społeczeństwa, ten tak bardzo odbiegający od ideału „mens sana in corpore sano" a zarazem tak ubogi w treść psychopatologiczną, nie tylko sam siebie uznający za zdrowego ale i przez otoczenie często za zdrowego uważany, ten tak dobrze znany każdemu sędziemu karnemu, każdemu urzędowi bezpieczeństwa typ alkoholika w jego habitualnej postaci pijaka nałogowego.

Ta okoliczność, że nie każdy człowiek pijący staje się pijakiem nałogowym i wyrodnieje moralnie, że stopień tego zwyrodnienia pijackiego nie stoi w stosunku proporcjonalnym ani do ilości spożywanych trunków ani do czasu trwania nałogu, ani wreszcie do cielesnych skutków przewlekłego nadużywania wyskoku, że nałogowy alkoholik po przymusowej abstynencji w olbrzymiej większości przypadków powraca do swego nałogu mimo najszczerszych zdawałoby się postanowień zaniechania picia — wszystko to zdaje się przemawiać za tem, że w etiologji zwyrodnienia pijackiego bardzo doniosłą rolę odgrywać musi wrodzone usposobienie jednostki — pewna właściwość jej ustroju psycho-biologicznego, o istocie której nie mamy dotychczas żadne-go pojęcia.

Pomimo to przecież zarówno doświadczenia, dokonywane na zwierzętach jak i obserwacje życiowe na ludziach dają nam przeświadczenie, że długotrwałe nadużywanie wyskoku w każdym wypadku bez wyjątku i w sposób zdaje się nieunikniony prowadzić musi bądź wcześniej bądź później do charakterystycznych przejawów zwyrodnienia pijackiego. Mamy więc pewne prawo do wnioskowania, że wrodzone usposobienie do tego upadku moralnego, jakim zagraża przewlekła alkoholizacja, nie stanowi przywileju ściśle indywidualnego, ale raczej pewną właściwość zbiorową bodaj że całego rodzaju ludzkiego, a może nawet i całego świata zwierzęcego — właściwość, której bezkarnie lekceważyć nie wolno.

Fakty jaskrawo rzucającej się w oczy poprawy stanu psychicznego nałogowych pijaków po umieszczeniu ich w zakładzie i pod wpływem wyraźnym abstynencji przymusowej zdaje się również przemawiać za tem, że habitualny stan nałogowego alkoholika zaliczyć wypada raczej do bezpośrednich toksycznych działań przewlekłego zatruwania organizmu alkoholem niż do kategorji wrodzonych konstytucji psychopatycznych.

Wśród ogromu wątpliwości, jakie w głowie psychiatry budzić musi sprawa patogenezy rozlicznych zaburzeń psychicznych alkoholika, jedna myśl wyróżnia się tem, że wątpliwości nie sprawia — jest to pewnik, że alkoholik niezależnie od tego, w jakiej szacie klinicznej staje przed naszemi oczyma, jest człowiekiem chorym, że alkoholizm stanowi jeden z najpoważniejszych czynników etiologicznych zwyrodnienia psychicznego, że

walka z nim należy do najistotniejszych i bezpośrednich zadań profilaktyki chorób psychicznych.

Przystępując do istotnego zadania mego odczytu, do kwestji poczytalności karnej alkoholika, muszę zaznaczyć na wstępie, że jest ona dla sprawy walki z alkoholizmem, jeśli nie zupełnie obojętną, to w każdym razie kwestją drugorzędnego znaczenia.

Przed kratkami sądowemi staje przecież znikomo mała cząstka tych, którzy składają ofiary molochowi alkoholizmu: nie spotkamy tam ani tych łagodnych postaci odurzenia, które w konflikt z prawem nie wchodzą, ani tych, w których przeprawy gwałtowniejsze kryją się poza drzwiami ognisk domowych, ukrywane starannie przez wyrozumiałe żony i przyjaciół życzliwych. Najgroźniejszy wróg, z którym trzeba walkę stoczyć, kryje się tam,dokąd ani oko policjanta ani wymiar sprawiedliwości nie dociera — w obyczajach ludu.

Elementarne zaburzenia psychiczne w upojeniu.

Elementarne zmiany psychiczne, obserwowane przy badaniach eksperymentalnych z małemi nawet dawkami wyskoku wyrażają się w zakresie intellekta w upośledzeniu postrzeganiu, w zamgleniu wyobrażeń, w spłaszczeniu czynności kojarzeniowych, w zaburzeniu sprawności umysłowej, w osłabieniu rozumowania, uwagi i zapamiętywania. W zakresie uczucia wyrażają się one we wzmożonej podatności do afektów, w osłabieniu wrażliwości w stosunku do uczuć wyższego rzędu (jak uczucia estetyczne i etyczne); w zakresie oddziaływania zaś — we wzmożonej pobudliwości ruchowej i osłabieniu czynników hamujących. Zmiany te stwarzają grunt, na którym przy dawkach nieco większych, prowadzących do upojenia, rozwija się głębsze zaburzenie równowagi psychicznej: rozumienie społecznego znaczenia własnych czynów zaczyna zawodzić, wyzwlają się popędy niezwykłe, opanowane w stanie normalnym, wszelkie zaś popędy przeobrażają się w działanie w sposób zupełnie nieokiełznany.

Znaczenie kryminalno-psychopatologiczne upojenia.

Zmiany psychiczne pijanego nadają stanowi najzwyklejszego odurzenia piętno szczególnego znaczenia kryminalno-psychopatologicznego. Pijany staje się podatnym do wszelkiego rodzaju działań agresywnych, zakłóca spokój publiczny, obraża otoczenie, dopuszcza się aktów samowoli nieposzanowania cudzej własności, dopuszcza się uszkodzenia rzeczy, wyładowuje swoje afekty w czynach prowadzących do uszkodzenia ciała lub zabójstwa; wzmożony popęd płciowy zaspakaja w sposób bezogródkowy, obraża obyczajność, wywołuje zgorszenie publiczne.

Statystyka kryminalna.

O tem, jaką rolę odgrywa alkohol w etiologji przestępstw pouczają dosadnie cyfry z zakresu statystyki kryminalnej. Z liczby osób, zasądzonych w Niemczech i w Szwajcarji za różnorodne przestępstwa, około ⅓ przypada na osoby, sądzone za czyny dokonane pod wpływem alkoholu. Ściślejsza ankieta, przeprowadzona z polecenia Ministerstwa Sprawiedliwości w Bawarji w r. 1920 wykazała, że przestępstwa, dokonane pod wpływem alkoholu stanowią 14% ogólnej liczby przestępstw, sądzonych w ciągu roku; z ogólnej wszakże liczby uszkodzeń ciała przypada na przestępstwa dokonane po pijanemu 33,3%. Krohne, b. szef departamentu więziennictwa w Prusiech, liczy, że ciężkie uszkodzenia ciała prawie wszystkie zawdzięczają swoje pochodzenie odurzonym. Aschaffenburg dodaje do tego, żeuszkodzenia ciała, będące przedmiotem spraw sądowych w Niemczech, spowodowały w ciągu jednego roku 98950 dni niezdolności do pracy. Gaup liczy, że gdyby sądy stanęły na stanowisku całkowitej nieodpowiedzialności za czyny, dokonane w upojeniu, wypadłoby w Niemczech umarzać co roku od 150 000 do 200 000 spraw.

W świetle tych cyfr nie zdziwi nas, że Kraepelin mógł nazwać zwykłe upojenie wyskokowe „najgroźniejszem co do bezpieczeństwa dla otoczenia ze wszystkich zaburzeń psychicznych".

Polskiej statystyki kryminalnej, któraby pozwoliła oznaczyć odsetek przestępstw, dokonanych po pijanemu, nie posiadamy niestety, nie popełnimy zapewne zbyt wielkiego błędu, jeśli przyjmiemy cyfry niemieckie i dla nas za miarodajne. Czem jest upojenie i czem powinno być ono w oczach wymiaru sprawiedliwości, jak winno ono być traktowane przez prawo?

Kwalifikacja prawna upojenia.

Poczucie słuszności, mające swoje źródło w sumieniu społeczeństwa, z którego wyrosło prawo pisane, nie może i nie będzie nigdy mogło pogodzić się z bezkarnością czynów występnych, dokonywanych po pijanemu.

Logiczna konstrukcja prawa pisanego wymaga jednak ograniczenia zakresu odpowiedzialności warunkiem posiadania takich właściwości psychicznych, któreby pozwalały człowiekowi rozumieć wymagania życia społecznego i swobodnie stosować się do nich. Jakąkolwiek będzie formuła prawna „niepoczytalności", czy psychjatryczną, czy psychologiczną tylko, czy mieszaną — zawsze musi ona być ścisłą, niepoczytalność musi mieć w niej granice określone dokładniej — granice, w których życie płynne się nie mieści.

Jeżeli upojenie powikłane (t. zw. upojenie patologiczne) zmieści się łatwo w pojęciu tak czy inaczej formułowanej niepoczytalności, to upojenie zwykłe, „podchmielenie" stać będzie zawsze na pograniczu znajdzie się w polu dowolnego komentowania formuły.

Lekarz-ekspert, przywołany do orzekania o poczytalności pijanego, stanie w kolizji z sumieniem lekarskiem, gdyby wypowiedział się o poczytalności pijanego twierdząco, stanie zaś w kolizji z sumieniem ludzkiem, jeśli wyda orzeczenie przeczące, wiedząc, że orzeczenie jego nada pijanemu paszport na bezkarność i pozwoli mu wykręcić się od odpowiedzialności.

To też C r a m e r i H e i l b r o n n e r nawoływali do odmawiania sądowi wydawania orzeczeń tam, gdzie chodziło o zwykłe upojenie. W o l l e n b e r g wygłosił zdanie, że zarówno stwierdzanie stanu upojenia jak i ocena tego stanu co do poczytalności nie należą do kompetencji rzeczoznawcy—lekarza. Przeciwko temu stanowisku słusznie wypowiada się H o c h e. Zwraca on uwagę na to, że stan upojenia bywa nieraz stanem objawowym innej psychozy; obraz upojenia może nieraz przedstawiać rażące podobieństwo z obrazem stanów patologicznych psychiki przy ciężkich chorobach mózgu, jak nprz. przy porażeniu postępującem, może przypominać podniecenie maniakalne lub zamroczenie padaczkowe. Nie kto inny, tylko lekarz jest w możności te rzeczy różniczkować. Zachodzi też pytanie, czy zasadniczo lekarzowi wolno odmawiać opinji, jeśli tego żąda sąd.

Ocenę stanu upojenia utrudnia niezmiernie ta okoliczność, że winowajca staje przed sądem zazwyczaj już po otrzeźwieniu i często polegać trzeba na tem, co, bądź sam on o przebytym przezeń stanie opowie, bądź co zeznają świadkowie. Wiadomości z tych źródeł pochodzace zazwyczaj nie wystarczają do oceny stopnia i rodzaju upojenia, a to z następujących powodów:

1. wiadomość o ilości i jakości spożytych napojów nie może być podstawą do określenia stopnia i rodzaju upojenia ze względu na różną odporność poszczególnych jednostek. jakoteż na okoliczności przygodne w stanie zdrowia pijącego (choroby cielesne, wzruszenia uprzednie i t. d.);

2. zachowanie się zewnętrzne pijącego nie zawsze idzie w parze z głębokością odurzenia, zależy ono w dużym stopniu od wychowania i co do istoty swojej nie jest ono współmierne z zaburzeniem świadomości. Wiemy przecież, że pozornie zupełnie uporządkowane zachowanie się możemy nieraz spotkać przy bardzo ciężkich zaburzeniach epileptyków i upicie się może sprowokować takie właśnie zamroczenie;

3. zachowanie się pamięci po otrzeźwieniu nie może być brane jako miernik głębokości przebytego upojenia. Doświadczenie stwierdza, że nie wszyscy reagują w tej mierze jednakowo, jeżeli zaś chodzi o winowajcę, to może on tendencyjnie wprowadzać nas w błąd. Zeznania świadków, które w tych wypadkach stanowiłyby jedyny probierz wierności pamięci badanego przez lekarza winowajcy, nie mogą budzić zaufania z tego względu, że świadkowie czynów pijanego rekrutują się zazwyczaj z grona towarzyszów kieliszkowych winowajcy, a więc z grona, które podlegało także działaniu wyskoku.

Spróbujmy teraz zastanowić się nad upojeniem z punktu widzenia pojęcia winy tak, jak to pojęcie rozumie kodeks karny.

Nawet w przypadkach umyślnego upicia się w zamiarze spełnienia zbrodni, planowanej po trzeźwemu, określenie prawne rodzaju winy przestępcy nie jest pozbawione trudności. Zbrodniarz może upić się dla dodania sobie odwagi i pozbycia się hamujących jego zamiary refleksji lub też dla pozyskania na swoją obronę okoliczności łagodzących.

Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku fakt upicia się nie powstaje bez wpływu na wypadkową aktu woli, jakim jest czyn występny. Od zamiaru zbrodniczego do czynu zbrodniczego jeszcze bardzo daleko. Kto upija się po to, żeby po pijanemu spełnić zbrodnię, zamierzaną po trzeźwemu, ten nie dowierza sobie, że zbrodnię spełnić potrafi; wprowadza się on w stan niemożności kierowania sobą i staje się przez to w chwili dokonywania czynu niepoczytalnym.

Gdybyśmy w tym przypadku zechcieli moment zawinienia cofnąć do momentu powzięcia zamiaru upicia się po myśli „actionis liberae in causa seu ad libertatem relatae", wypadłoby winę zakwalifikować teoretycznie raczej jako „zaniedbanie" (Fahrlässigkeit) lub „nieostrożność" (według terminologji kodeksu obowiązującego w b. zaborze rosyjskim) niż jako zamiar planowy, jako winę umyślną, bo przecież wprowadzenie się w stan upojenia jest zejściem z prostej drogi działania występnego na manowce działań nieobliczalnych i nie może gwarantować przestępcy osiągnięcia skutków przezeń oczekiwanych.

Za taką kwalifikacją winy pijanego wypowiadali się w swoim czasie Bleuler, Ziehen i inni, tak też traktuje winę pijanego § 64 projektu niemieckiego kodeksu karnego z r. 1909.

Ten sposób komentowania winy przestępcy, działającego po pijanemu mógłby w wielu wypadkach zadawalać poczucie sprawiedliwości, rozciągnięty jednak konsekwentnie na inne przypadki analogiczne doprowadziłby do absurdu. Przy takiem ujmowaniu sprawy musielibyśmy uważać za winnego niedbalstwa względnie nieostrożności każdego epileptyka, który wiedząc o swojem cierpieniu, nie przewidział tego, że może stać się winowajcą czynu występnego i dopuścił się takiego czynu w zamroczeniu; w konsekwencji musielibyśmy więc pociągnąć go do odpowiedzialności. Widzimy zatem, że pociąganie do odpowiedzialności pijanego nawet za czyny występne zamierzane na trzeźwo nie da się pod względem prawnym bez zarzutu zakwalifikować i należycie uzasadnić. Jeszcze więcej trudności sprawia, rzecz oczywista, zakwalifikowanie winy i uzasadnienie odpowiedzialności pijanego za takie czyny, których zamiary występne z okresu trzeźwości nie poprzedzają

Jeżeli jednak teoretyczne określenie rodzaju winy i uzasadnienie odpowiedzialności pijanego za dokonane umyślnie czy nieumyślnie czyny występne nastręcza trudności, to niepodobieństwem byłoby zgodzić się z tem, żeby z tego powodu czyny występne pijanego mogły korzystać z przywileju bezkarności albo łagodniejszego traktowania, gdyż zagrażałoby to w najwyższym stopniu bezpieczeństwu publicznemu—obrażałoby poczucia sprawiedliwości.

Upojenie w kodeksach karnych państw europejskich.

Kodeksy karne krajów europejskich zajmują w stosunku do upojenia stanowiska bardzo różnorodne. Jedne z nich pomijają upojenie jako okoliczność szczególną, poprzestając na ogólnych przepisach, określających warunki niepoczytalności. Do krajów o takiej konstrukcji prawa karnego należą: Belgja, Danja, Holandja, Francja, Bułgarja, Szwecja, Turcja i Niemcy, o ile chodzi o kodeks karny obywatelski (wykroczenia przeciwko dyscyplinie wojskowej normuje w Niemczech ustawa osobna, która upojenia „samozawinionego" nie bierze w rachubę przy kwestji poczytalności czynów). Drugą grupę państw stanowią te, w których kodeks karny traktuje upojenie, w sposób wyjątkowy i odmawia mu roli okoliczności, któraby uspra-wiedliwiała czyn występny albo mogła łagodzić odpowiedzialność. Do tej grupy państw należą: Anglja, Szkocja, Irlandja, Rumunja i Finlandja z jej kodeksem z r. 1889. Odrębne stanowisko w tej sprawie zajmuje kodeks karny austrjacki z r. 1852, który karze sam fakt upicia się w tych razach, kiedy samo przestępstwo popełnione po pijanemu nie podlega karze, jako popełnione w stanie niepoczytalnym. Ta odrębna kara za upicie się ma wszakże zastosowanie tylko w tym wypadku, jeśli stan upojenia nie ma łączności z zamiarem popełnienia zbrodni.

Dawny kodeks rosyjski z r. 1885 traktuje upojenie wyskokowe w pewnych razach jako okoliczność łagodzącą, w innych zaś za obciążającą. Kodeksy karne hiszpański, portugalski i norweski traktują upicie się przypadkowe jako okoliczność łagodzącą. Na uwagę zasługuje kodeks włoski z r. 1889, który uważa za okoliczność łagodzącą tylko upicie się przypadkowe, obok tego przewiduje możliwość odbywania kary pozbawienia wolności, jaka spada na alkoholika, w innym zakładzie niż więzienie.

Zastosowanie ustawy karnej względem pijanego w ramach kodeksu obowiązującego w b. zaborze rosyjskim (nowy kodeks rosyjski z r. 1903) zależeć będzie od rozciągłości pojęcia „chorobliwego rozstroju psychicznego" względnie „utraty świadomości" w rozumieniu tego, kto się o poczytalności odurzonego wypowiada. Ze stanowiska rzeczoznawcy lekarskiego odurzenie wyskokowe ostre mogłoby być uważane jako rozstrój psychiczny, a czyn popełniony w tym stanie, jako dokonany przez osobę, która w czasie dokonywania go nie rozumiała istoty i znaczenia swoich działań i która wskutek tego powinna być wolną od winy i kary. Jeśli szłoby o przestępstwa mniejszej wagi, w kosekwencji takiego stanowiska sądu byłoby zwalnianie od odpowiedzialności karnej pijanych i puszczanie ich na wolność, względnie oddanie pod odpowiedzialny dozór.

Gdyby jednak szło o przestępstwa, przewidziane w ustępie końcowym art. 39 (zabójstwo, bardzo ciężkie uszkodzenie ciała, zgwałcenie, (podpalanie lub usiłowanie któregokolwiek z tych przestępstw), winny dokonania zbrodni po pijanemu powinienby się dostać do zakładu leczniczego „koniecznie" — przestępca uznany za „chorego" dostałby się do zakładu już po minięciu jego „choroby".

Alkoholik in lege ferenda.

Sprawa poczytalności alkoholików znalazła rozległe ujęcie in lege ferenda. Projekt kodeksu karnego szwajcarskiego z r. 1908 pomija bardzo zręcznie sprawę poczytalności pijanego taksamo, jak omija sprawę poczytalności zmniejszonej. § 15 tego projektu mówi, że w razie jakiejkolwiek wątpliwości co do stanu psychicznego oskarżonego, sąd przywołuje biegłego psychjatrę, który wypowiada się nie tylko co do stanu patalogicznego oskarżonego ale także i co do tego, czy podlega on umieszczeniu w zakładzie psychiatrycznym, czy zagraża on bezpieczeństwu i dobru publicznemu. Projekt ten nie krępuje biegłego żądną formułkę psychologiczną.

§ 278 tego projektu przewiduje kary pieniężne dla tych, którzy przez upicie się wywołują zgorszenie publiczne; w razie potórzenia się tego wykroczenia przed upływem roku sędzia może zakazać winowajcy uczęszczanie do zakładów, zajmujących się wyszynkiem lub skierować winnego przymusowo do zakładu dla alkoholików. Pijak nałogowy, sądzony za przestępstwo, które stoi w związku z jego nałogiem, podlega karze na równi z każdym innym przestępcą. Po myśli art. 33 projektu szwajcarskiego kara może mu być jednak zawieszoną na czas przymusowego leczenia w zakładzie dla alkoholików. Po wyzdrowieniu sąd może zwolnić zasądzonego z zakładu. Przed zwolnieniem sąd decyduje, czy i w jakiej mierze zasądzony ma odbywać jeszcze karę więzienia. Przymusowy pobyt w zakładzie leczniczym może trwać najwyżej 2 lata. Pijak nałogowy, uznany przez sąd za niepoczytalnego i zwolniony od kary więzienia, może być z decyzji sądu osadzony przymusowo w zakładzie dla alkoholików. We wszystkich tych sprawach opinjują biegli. Wyroki sądu, odnoszące się do pijaków nałogowych, tracą swoją moc, o ile w ciągu lat pięciu nie były wykonane.

Najnowsze projekty niemieckie i austrjackie z r. 1919 (prawie że identyczne) zmieniają do zupełnego wykluczenia upojenia z zakresu stanów, zmniejszających poczytalność. W artykułach, wyłączających odpowiedzialność, znajdujemy w obu tych projektach (§ 18 projektu niemieckiego i § 10 projektu austrjackiego) zastrzeżenie, że złagodzenie kary, wynikłe ze zmniejszonej odpowiedzialności nie ma być stosowane do zaburzeń świadomości, polegających na upiciu się z własnej winy.

Ciekawą jest dyskusja, jaka wywiązała się z racji obu tych projektów. Prof. Wagner von Jauregg podkreślił w niej konieczność karania przestępstw, popełnionych w stanie upojenia nie tylko wtedy, kiedy ten stan powodował zmniejszenie poczytalności, ale i wtedy, kiedy ją znosił zupełnie, wychodząc z założenia, że przestępca winien odpowiadać za czyn dokonany po pijanemu zawsze, gdyż z doświadczenia mógł wiedzieć, że ma skłonność do występków, skoro się upije. Herschmann zaproponował zaopatrzenie artykułów o niepoczytalności w następujący dodatek: „Sprawca czynu, dokonanego w stanie głębokiego upojenia (sinnlose Trunkenheit), któremu z doświadczenia wiadomo było że po upiciu się ma skłonność do czynów występnych, podlega **za doprowadzenie się do upojenia** karze w takim wymiarze, jaki przewiduje prawo za dokonany przezeń czyn występny.

W propozycji Herschmanna odzywa się idea dawnego kodeksu austrjackiego karania samego upicia się — różni się ona od zasady dawnej tem, że wymiar kary za upicie się uzależnia od rodzaju dokonanego po pijanemu czynu występnego. Widzimy więc, że do liczby państw, które odmawiają upojeniu roli czynnika ograniczającego poczytalność, dołączają się przez swoje ostatnie projekty Niemcy i Austrja. Idee te znalazły oddźwięk także i w naszej polskiej lex ferenda.

„Projekt przygotowawczy części pierwszej kodeksu karnego", uchwalony w trzeciem czytaniu przez sekcję prawa karnego komisji kodyfikacyjnej Rzeczypospolitej Polskiej zawiera następujące artykuły, dotyczące odpowiedzialności alkoholika. Art. 10 § 1 projektu określa ogólne warunki niepoczytalności czynów za pomocą formuły mieszanej — psychjatryczno-psychologicznej.

Idący zaraz po nim ustęp nosi dosłownie brzmienie następujące: „Przepis powyższy nie ma zastosowania do wypadku, gdy sprawca wprawił się **umyślnie** w stan taki po to, by dokonać przestępstwa". § 2 „O ile zdolność rozpoznania lub pokierowania działaniem była zmniejszoną, okoliczność tę sąd uwzględnia jako łagodzącą; **okoliczności tej sąd nie uwzględnia, gdy stan sprawcy wynika z jego winy, w szczególności z upojenia".**

Art. 78 § 1. „Jeżeli czyn pozostaje w związku z nadużywaniem napojów wyskokowych, sąd może zarządzić, by sprawcę, **po ewentualnem odbyciu kary,** umieszczono w zakładzie leczniczym dla alkoholików na przeciąg **dwu lat".** § 2. O wcześniejszem zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd.

Stanowisko, zajmowane przez kodeksy tych państw, które wyłączają upicie się z zakresu stanów niepoczytalności, jak również stanowisko, zajęte przez lex ferenda państw Europy Środkowej, należy uznać za zupełnie słuszne: 1. upicie się „umyślne" czy „nieumyślne" nie powinno być brane w rachubę przy ocenie winy przestępcy dla tych samych powodów, dla których niedopuszczalnem jest tłomaczenie się winowajcy nieznajomością prawa. Każdy człowiek wie o tem, co to jest alkohol i jak oddziaływa on na psychikę;

2. Kary za przekroczenie ustaw, mających na celu zwalczanie pijaństwa, nie mogą być uważane za wystarczające w tych razach, gdzie chodzi nie tylko o wykroczenia przeciwko ustawom ale i o zbrodnię kryminalną;

3. Kodeks karny musi się liczyć z moralnym wpływem wyroków sądowych na społeczeństwo. Samo leczenie osób, które w stanie upicia się popełniają zbrodnie, nie wystarcza w tej mierze; sąd musi uznać nie tylko potrzebę leczenia tych osób, ale i **winę ich,** musi ich tak czy inaczej, choćby wa-runkowo tylko — ukarać;

4. Tylko przez ukaranie przestępców, działających po pijanemu, uniknie się niekonsekwencji, jaką byłoby zasądzanie na leczenie osób doraźnie już wyleczonych wtedy, kiedy sąd o nich decyduje.

5. Karanie przestępstw, dokonanych po pijanemu, nie zmniejszy pijaństwa w kraju. Poza tymi, którzy po pijanemu weszli w konflikt z prawem karnem, pozostanie legjon tych, którzy upijając się, przestępstw nie popełniają — tych jest znacznie więcej; na tych trzeba oddziaływać inaczej. Ale zasada karania przestępstw, nawet po pijanemu dokonanych, wzmoże poczucie odpowiedzialności jednostki w społeczeństwie, zahartuje całe społeczeństwo moralnie.

Polski „projekt przygotowawczy kodeksu karnego" odpowiada w zasadzie dojrzałej już i, zdaje się, słusznej potrzebie odrębnego traktowania alkoholika, — ale sposób formułowania odnośnych przepisów prawa nasuwa pewne wątpliwości.

1. Wyłączenie z pod przepisu o niepoczytalności tych wypadków, kiedy sprawca czynu **umyślnie** wprawił się „w stan niemożności rozpoznania znaczenia czynów lub pokierowania swem działaniem" daje powód do przypuszczenia, że upicie się „nieumyślne" będzie mogło korzystać z przywileju niepoczytalności zupełnej na równi z „chorobą psychiczną lub innem zakłóceniem czynności psychicznej".

Art. 54 projektu mówi wprawdzie wyraźnie o tem, że „upojenia sprawcy sąd nie uwzględnia jako okoliczności łagodzącej" w sensie poczytalności zmniejszonej, ale i tu jest mowa tylko o upojeniu „wynikłem z winy sprawcy". Możemy sobie zatem wyobrazić sytuację, kiedy oskarżony lub jego obrońca zechcą dowodzić i z powodzeniem dowiodą

sądowi, że sprawca czynu występnego, dokonanego po pijanemu, nie jest winien temu, że się upił lub też obrońca, stwierdziwszy, że się sprawca upił „nieumyślnie“, żądać będzie uznania zupełnej niepoczytalności przestępcy w przypadkach zwykłego upojenia wyskokowego.

Daleko lepiej formułuje ten punkt projekt odrębny prof. Makowskiego, który tej sprawie poświęca jeden krótki § 3 o brzmieniu następującem:

„Jeżeli sprawca sam umyślnie lub nieumyślnie sprowadził stan istotnego ograniczenia swej działalności psychicznej, przepis § 2 nie będzie miał zastosowania“ (§ 2 dotyczy nadzwyczajnego złagodzenia kary z powodu istotnego ograniczenia poczytalności).

2. Drugi słaby punkt naszej legis ferendae stanowi redakcja art. 78, dotyczącego umieszczenia w zakładzie leczniczym alkoholika, którego „czyn występny“ pozostaje w związku z nadużywaniem napojów wyskokowych. Projekt przewiduje umieszczenie w zakładzie „po ewentualnem odbyciu kary“ i „na przeciąg dwu lat“.

Umieszczenie alkoholika w zakładzie leczniczym po odbyciu kary może się stać w wielu razach zbędnem. Jeżeli kara, na którą zostanie zasądzony alkoholik, będzie karą pozbawienia wolności, z którą łączy się przymusowa abstynencja alkoholika, to zakład leczniczy po takiej karze, wiele razy, nie będzie miał nic do czynienia. Wypadek taki zachodzić będzie nadewszystko wtedy, kiedy kara zamknięcia będzie długą, sam zaś stopień nałogu pijackiego słaby; termin dwu-letni pobytu w zakładzie leczniczym może być w tych razach zbyt długim, w przypadkach natomiast ciężkiej degeneracji alkoholika termin dwuletni leczenia może się okazać zbyt krótkim. Projekt daje sądowi prawo skrócenia czasu pobytu alkoholika w zakładzie, pozbawia natomiast sąd prawa przedłużenia terminu dwuletniego, gdyby zaszła tego potrzeba nprz. w przypadkach rozpoczynających się urojeń zazdrości alkoholika lub innych podobnych.

Racjonalniej byłoby sformułować ten punkt projektu w taki sposób, któryby pozwalał alkoholika leczyć przed odbywaniem kary. Mogłoby to mieć miejsce przy zawieszeniu wykonania kary na czas leczenia, przyczem wykonanie samej kary mogłoby być uzależnione (jak to robi projekt szwajcarski) od wyników leczenia w zakładzie dla alkoholików. Maksymalny termin umieszczenia alkoholika w zakladzie należałoby wogóle przedłużyć, pozwalając sądowi na umieszczenie alkoholika w zakladzie leczniczym na taki okres czasu, jaki będzie potrzebny do osiągnięcia trwałej poprawy jego stanu psychicznego i do uzyskania widoków na to, że zdoła on skutecznie oprzeć się pokusie powrotu na drogę pijaństwa po zwolnieniu z zakładu. W pewnych razach może wystarczyć do osiągnięcia tego celu czas jednego roku, w innych razach może zajść potrzeba przetrzymywania alkoholika w zakładzie ponad dwa a może i ponad trzy lata.

Ważniejszą rzeczą byłoby pozyskanie w ustawie karnej ustalonego minimum czasu przymusowego zatrzymania alkoholika w zakładzie: chodzi o to, że brak takiego określenia może dawać sądowi furtkę do zbyt lekkiego traktowania tej sprawy, zwłaszcza w początkowym okresie działania nowego prawa.

Sądziłbym, że najracjonalniej byłoby określić czas przymusowego leczenia alkoholika terminem nie mniej niż jeden rok i do pięciu lat.

Reasumując moje wywody, dochodzę do następujących wniosków:

1. Właściwości psychopatologiczne i kryminologiczne alkoholika wymagają, żeby ustawa karna traktowała przestępcę alkoholika inaczej niż traktuje innych przestępców.

2. Zwykle upojenie alkoholowe zarówno „umyślne“ jak „nieumyślne“ nie powinno wpływać na ocenę odpowiedzialności sprawcy czynu występnego.

3. Psychozy alkoholowe, przekraczające granice zwykłego upojenia, mogą spowodować zupełną nieodpowiedzialność alkoholika i mieszczą się w ramach przepisów ogólnych, dotyczących „niepoczytalności”.

4. Alkoholik nałogowy, wolny od innych zaburzeń psychicznych poza zagadnieniem habitualnem, winien być pociągany do odpowiedzialności za popełnione czyny występne, kara, na jaką byłby ewentualnie zasądzony, winna ulegać zawieszeniu na czas przymusowego leczenia w zakładzie dla alkoholików.

5. Polski projekt ustawy karnej uwzględnia dość szeroko zasadę odrębnego traktowania przestępcy — alkoholika, wymaga jednak pewnych poprawek redakc., a mianowicie:

a) „nieumyślne“ upicie się należy traktować na równi z upiciem się „umyślnem“, o ile sprawca czynu upił się sam i nie był ofiarą podstępu;

b) przymusowe leczenie przestępcy alkoholika winno poprzedzać wykonanie nad nim kary;

c) należałoby określić minimalny termin leczenia przymusowego, termin zaś maksymalny przedłużyć.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Alkoholizm i ustawodawstwo.

(Ubezwłasnowolnienie alkoholika).

Referat na V. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Lublińcu w d. 8. 6. 24

wygłosił

Aleksander Piotrowski.

Dokończenie*)

W państwie niemieckiem ubezwłasnowolnienie alkoholika nie jest uzależnione od przesłanek lekarskich, lecz od okoliczności zewnętrznych uzasadniających potrzebę opieki.

§ 6, 3 ustawy niemieckiej cywilnej, która obowiązuje jeszcze w b. dzielnicy pruskiej mówi: ubezwłasnowolnionym może być, kto z powodu opilstwa nie może załatwiać swoich spraw, albo naraża siebie lub swoją rodzinę na nędzę albo zagraża bezpieczeństwu innych.

Samem ubezwłasnowolnieniem jednak naprawy pijaka nie osiągniemy. Ważniejszą rzeczą jest, przeszkodzić mu w upajaniu się. Trzeba go wyleczyć z nałogu, a jeżeli leczenie pozostało bez skutku, należy usunąc pijaka z ulicy, odwieść go od używania napojów wyskokowych, nie dawać mu sposobności do borykania się z pokusą.

Ubezwłasnowolnienie alkoholika jest tylko wtedy celowe, gdy po nim nastąpi przymusowe umieszczenie ubezwłasnowolnionego w lecznicy dla alkoholików. Tu alkoholik znajdzie poprawę swego stanu, tu uniknie ekscesów in Baccho, tu nie będzie mógł nikomu szkodzić.

Ponieważ za szkodę wyrządzoną przez pijaka pozbawionego własnej woli odpowiada opiekun, przeto w interesie opiekuna leży, przez umieszczenie ubezwłasnowolnionego w lecznicy dla alkoholików uchronić siebie i pupila przed ewentualnością zapłacenia odszkodowania.

---

*) Pierwsza część niniejszego referatu jest już wydrukowana w zeszycie czerwcowym Nowin Psychjatrycznych i zawiera następującą treść: Opilstwo nie jest tylko hańbiącą namiętnością, ale raczej poważną chorobą, brzemienną w fatalne skutki dla pijaka, dla jego rodziny i potomstwa, dla społeczeństwa. Znawcy są zgodni w opinji, że ze wszystkich środkow używanych w walce z alkoholizmem najodpowiedniejsze są prawne ograniczenia. Dały one pomyślne wyniki podczas wojny światowej. Na skutek prohibicyjnych przepisów ilość występków z pijaństwa, ilość zachorzeń psychicznych wyskokowych, ilość wypadków nieszczęśliwych u pijaków, śmiertelność z zatrucia alkoholowego zmniejszyła się w wysokim stopniu. Alkoholicy często wchodzą w konflikt z porządkiem publicznym, Nowoczesne ustawodawstwo zachodnie zwróciło na ten szczegół uwagę już ze względu na osobliwy rodzaj przestępców i ze względu na niezwykłe okoliczności towarzyszące czynom przestępczym: stan pijaństwa bowiem sprawcy zmienia osobowość psychiczną Sprawie traktowania alkoholików ustawodawstwo zachodnich państw poświęciło osobne przepisy. W nowym kodeksie rosyjskim obowiązującym obecnie w byłem królestwie kongresowem o alkoholikach wzmianki niema. Nawet nader liczne artykuły w tytule XI ustawy cywilnej traktujące obszernie i szczegółowo sprawę ubezwłasnowolnienia, nie zawierają żadnych uwag o alkoholikach. A właśnie alkoholizm zajmuje w zachodnich ustawodawstwach cywilnych niepoślednie miejsce obok innych przyczyn ubezwłasnowolnienia. Szwajcarska ustawa (§ 370) ubezwłasnowalnia alkoholika z przesłanek społecznych. W Austrji ubezwłasnowolnia się alkoholika z przesłanek lekarskich.

W Bawarji opiekun ma prawo do przymusowego umieszczenia ubezwłasnowolnionego w odpowiedniej instytucji (decyzja najwyższego sądu bawarskiego z dnia 13. sierpnia 1902 r.)

W Prusiech w dniu 27. czerwca 1900 r. minister spraw duchownych, szkolnych i lekarskich wspólnie z ministrem spraw wewnętrznych i sprawiedliwości w porozumieniu z saskim ministrem spraw wewnętrznych wydał rozporządzenie dozwalające przetrzymywanie ubezwłasnowolnionego alkoholika w celach leczniczych w zakładzie dla alkoholików wbrew jego woli dopóty, dopóki opiekun na to się godzi. Tylko opiekun jest uprawniony do zarządzenia leczenia ubezwłasnowolnionego w zakładzie. Sąd opiekuńczy tego prawa nie ma.

Berliński Kammergericht zawyrokował niedawno, że opiekun nie potrzebuje nawet zezwolenia sądowego do przymusowego umieszczenia ubezwłasnowolnionego pijaka w lecznicy. Natomiast sąd jest zobowiązany (B. G. B. §§ 1800, 1897, 1901, 1731 zdanie 2) na wniosek opiekuna w razie potrzeby przy przeprowadzeniu chorego do zakładu dać pomoc przez zarządzenie środków przymusowych[1]).

Leczenie nałogowego pijaka w zakładzie dla alkoholików stanowi właściwy środek terapeutyczny. Stosowanie tego środka nie powinno jednakże być uzależnione od poprzedniego przeprowadzenia procesu o ubezwłasnowolnienie alkoholika, bo to opóźnia kurację.

Niejeden pijak umie ujść internowaniu i żyć kosztem opieki społecznej. Dla tego rząd pruski wprowadził rozporządzeniem z dnia 25. 7. 1912 robotę przymusową dla pijaków bez względu na to, czy pijak jest ubezwłasnowolniony lub nie. W tym celu alkoholik może być internowany w domu roboczym albo w zakładzie dla alkoholików. Odnośne przepisy mają brzmienie następujące: Kto pobiera zapomogę ze środków publicznych dla siebie, dla żony, albo dla dzieci niżej lat 16, może na wniosek wspierającego albo na wniosek związku ubogich zobowiązanego do świadczeń, być umieszczony mocą uchwały wydziału powiatowego (miejskiego) na czas, w którym potrzebuje wsparcia, w publicznym domu roboczym także wbrew własnej woli albo w zakładzie prywatnym uznanym przez władze za odpowiedni.

Internowany jest zobowiązany, w miarę sił swoich, wykonywać przekazane mu prace na rachunek związku ubogich.

Internowanie nie nastąpi:

1) gdy potrzeba wsparcia jest tylko przejściowa,

2) gdy osoba mająca być internowana nie jest zdolna do pracy lub zarobkowania,

3) gdy w miarę własnych zdolności do pracy i zarobkowania przyczynia się do utrzymania siebie i rodziny swojej,

4) gdy internowanie byłoby zbyt dokuczliwe albo połączone ze szkodą dla dalszego prosperowania internowanego.

Zamiast umieszczenia w domu roboczym może być zarządzone internowanie w zakładzie wychowawczym albo w lecznicy (mianowicie w zakładzie dla alkoholików), gdzie jest dana sposobność do zajęcia internowanego odpowiednią pracą. Związek ubogich jest także uprawniony, osobom przekazanym do domu roboczego, wyznaczyć pracę bez umieszczenia ich w zamkniętym domu roboczym.

Alkoholik brutalnem postępowaniem względem swoich, burzy pożycie domowe, rodzinne, małżeńskie. Alkoholizm może przeto stanowić powód do rozwodu. Leppmann w Berlinie uważał odnośne przepisy za niewystarczające, dla tego żądał osobnej ustawy i zaproponował taką formułkę. Małżonek (wzgl. małżonka) może wnieść o rozwód, skoro wskutek nałogowego pijaństwa lub opilstwa drugiej strony nastąpiło rozluźnienie stosunku małżeńskiego w tak wysokim stopniu, że dalsze pożycie małżeńskie stało się niemożliwe.

Nie wdając się w ocenę wyszczególnionych przepisów i zostawiając na uboczu rozważanie kwestji, czy np. ustawodawstwo austrjackie i niemieckie ma

[1]) Cyt. podług Hübnera: Lehrbuch der forensischen Psychiatrie, Bonn 1914.

większą wartość wewnętrzną i praktyczną niż ustawodawstwo szwajcarskie czy też stosunek wartościowy jest wręcz odwrotny, stwierdzam tylko fakt, że wymienione ustawy przedstawiają symbol postępowości cywilizacji narodów zachodnich.

Powstające ustawodawstwo polskie zajmuje żywo umysły wszystkich tych, którym dobro społeczeństwa należy na sercu. Forma, w jaką różne zagadnienia życia społecznego będą ujęte, o ile w ogóle będą uwzględnione, ustali na długie lata poziom cywilizacji narodu.

Państwa zachodnie dały nam wzory i recepty na leczenie takiej niebezpiecznej choroby społeczecznej jaką jest alkoholizm.

Uderza jeden szczegół, mianowicie ten, że współdziałanie znawcy psychjatry nie jest wyraźnie przewidziane. Wyjątek stanowi lex ferenda szwajcarska, ale tylko w jednym przypadku określonym w § 33 u. k., gdzie przesłuchanie lekarzy jako znawców jest wręcz przepisane.

W Austrji w przypadku, gdzie chodzi o ubezwłasnowolnienie alkoholika jako osoby psychicznie chorej, znawca psychjatra bywa słuchany.

W naszych szeregach jest rozpowszechniony sentyment, że w procesie o ubezwłasnowolnie alkoholika powinien współdziałać znawca psychjatra ze względu na stan psychopatologiczny alkoholika. Widocznie sentyment ten powstał pod wpływem kodeksu austrjackiego, według którego można pozbawić alkoholika własnej woli tylko z przesłanek lekarskich. Gdyby się odnośna ustawa polska miała wzorować na przepisach austrjackich, wtedy musiałaby wyrażać myśl współdziałania psychjatry.

Nie ulega wątpliwości, że alkoholizm przedstawia nieraz ciężki stan psychopatologiczny. Czy jednak z tego powodu w procesie ubezwłasnowolnienia pijaka współdziałanie znawcy psychjatry jest koniecznie potrzebne albo wskazane lub też pożądane?

Mojem zdaniem psychjatra w procesie ubezwłasnowolniającym alkoholika nie jest potrzebny, jest nawet zbyteczny, jak wykazuje praktyka stosowana w państwach zachodnich, np. w Niemczech, gdzie sądy cywilne w przedmiocie z § $6._3$ n. u. c. obywają się bez pomocy lekarza znawcy. Potrzeby jego współdziałania nikt nie odczuwa, bo ubezwłasnowolnienie alkoholika nie jest zależne od przesłanek lekarskich.

Współdziałanie psychjatry nie jest także wskazane ani pożądane z punktu widzenia psychjatry, mianowicie z następujących powodów.

Ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek lekarskich, tam, gdzie bywa zainicjowane, np. w przypadkach osłabienia umysłowego albo lekkiej psychozy z urojeniami zazdrości na tle alkoholizmu chronicznego, a więc tam, gdzie chodzi o wykazanie kryterji § $6._1$ n. u. c.[1]), napotyka na ogromne trudności i z tego powodu często nie zostaje przeprowadzone do końca.

W wyjątkowych przypadkach sędzia wprawdzie uznaje, że ma przed sobą osobę psychicznie chorą, o ile pozwany w terminie nie umie utrzymać równowagi psychicznej i objawia wyraźne cechy otępienia umysłowego albo zachowaniem swojem zdradza się z omamów i urojeń pobudzających go do opacznych i dziwacznych czynów.

W przypadkach lekkiego osłabienia umysłowego natomiast i w przypadkach sporadycznie występujących, zresztą zgrabnie tajonych i dysymulowanych urojeń, a więc w przypadkach, w których ubezwłasnowolnienie jest wskazane ze względów profilaktycznych, sędzia upośledzenia psychicznego kwalifikującego pijaka do pozbawienia własnej woli nie dopatrzy się.

Stanowisko sędziego jest zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy zachowanie się alkoholika, któremu grozi pozbawienie go własnej woli z § $6._1$ n. u c.

Alkoholik, aczkolwiek do pewnego stopnia umysłowo osłabiony, nawet cierpiący na lekką psychozę alkoholową, byle tylko nie pijany, stara się za wszelką

[1]) Ubezwłasnowolnionym może być, kto wskutek choroby psychicznej albo słabej umysłowości nie może załatwiać swoich spraw.

cenę pozować i utrzymać równowagę psychiczną, nie mówi od rzeczy, nie zachowuje się podpadająco. Przeciwnie alkoholik może się długo swobodnie poruszać w zewnętrznych formach towarzyskich, nie uderza od razu słabością umysłową.

Swoim wesołym humorem pijak potrafi zjednać sobie sympatję znajomych i przyjaciół, bywa chętnie widziany wśród towarzyszów przy kieliszku, bo sam szczodrze każdemu dolewa, żartuje, opowiada anekdotki, ponieważ lubi mieć wesołe twarze wokoło siebie.

Cierpienie alkoholika, z początku nie zbyt wyraźnie narysowane, dla laików nie jest dostrzegalne, gdyż tkwi głęboko w ustroju i może być poznane tylko wprawnym wzrokiem doświadczonego znawcy.

Atoli znawca znajduje się tutaj w trudnem położeniu wobec braku zrozumienia dla przedmiotu u niefachowców. Jego wywody, że pacjent cierpi na otępienie umysłowe albo na urojenia zazdrości, że na swobodzie będzie się bezwzględnie dalej oddawał pijaństwu i niszczył swoje zdrowie, wskutek czego zniedołężnieje zupełnie cieleśnie i psychicznie, będzie się zaniedbywał, upadnie moralnie i materjalnie, narazi rodzinę na nędzę, wskutek słabej woli o własnych siłach nie zdoła się oprzeć pokusom pobudzającym go do upojania się, wywody te, aczkolwiek słuszne i odpowiadające doświadczeniu, nie mogą służyć sędziemu za podstawę do ubezwłasnowolnienia alkoholika z § 6_1 n. u. c., albowiem miarodajnym dla sędziego jest tylko stan obecny pozwanego, a stan ten nie objawia sędziemu wyraźnych chorobowych zaburzeń psychicznych, któreby mogły stanowić kryterja ubezwłasnowolnienia.

Przed sądem bowiem alkoholik rzeczywiście umie zachować się poprawnie, mówi rzeczowo i składnie, argumentuje sprawnie, że nie można przecież bezwzględnie pozbawić własnej woli osoby, która przez pewien czas tylko żyła nad stan albo przejściowo nie zajmowała się swojemi sprawami.

W czasie trwania procesu ubezwłasnowolniającego alkoholik może się zdobyć nawet na tyle energji, że przejściowo nie pije, albo zadawala się słabszymi i łagodniejszymi napojami albo zajmuje się pracą, ażeby w ten sposób zademonstrować poprawę. Nieraz udaje mu się wprowadzić w pole nietylko sąd ale i rodzinę, która z nim zrobiła najgorsze doświadczenia.

Kto w takiem zachowaniu się alkoholika upatruje poprawę, dozna wnet przykrego rozczarowania, albowiem poprawa ta zwykle nie trwa dłużej niż proces sądowy. Dorywczą wstrzemięźliwością alkoholik bynajmniej nie dowiódł, że bodźcom wyskokowym może się oprzeć łatwiej niż dawniej. Zwykle rzecz przedstawia się tak, że pijak pije nieco mniej, a gdy jest pijany, omija miejsca publiczne.

Skoro sprawa ubezwłasnowolnienia przybierze niepomyślny dla niego obrót, alkoholik gromadzi całe zastępy znajomych, przyjaciół i towarzyszów od kieliszka, którzy na sądzie głośno świadczą, że pozwany jest najlepszym człowiekiem, najwierniejszym towarzyszem, dobrym mężem, troskliwym ojcem, doskonałym, zaradnym gosgodarzem i przedsiębiorcą, który nic nie strwonił, lecz przeciwnie, który własnemi siłami,gorliwą pracą i inteligencją podniósł interes swój na wysoki poziom, nigdy niebył chorym psychicznie i też obecnie nie tylko chorym nie jest, ale przeciwnie jest zupełnie zdrów, że człowiek ten stał się ofiarą zawiści i zemsty osobistej, że znawca dał się przekupić, więc występuje przeciwko nieszczęśliwej ofierze różnych intryg.

Tak mniejwięcej argumentują towarzysze alkoholika.

Obrona zaś dodaje, że o ile nastąpi ubezwłasnowolnienie pozwanego, będzie to dowodem, że można każdego czasu ubezwłasnowolnić cały świat.

Wobec takiego stanu rzeczy zrozumiemy, dla czego sędzia nie spieszy się z ubezwłasnowolnieniem alkoholika z przesłanek lekarskich. Czynność znawcy w takich warunkach przedstawia się jako wysiłek poroniony i jest zadaniem niewdzięcznem, albowiem mimo najsumienniejszego postępowania biegły nietylko nie znajduje uznania za trud i pracę, ale nadto spotyka się z nieufnością i niechęcią, przesądem i uprzedzeniem opinji publicznej, która w sprawach psychjatrycznych nie jest należycie poinformowana i skłania się na stronę alkoholika.

Czy tak, czy owak, czy nastąpi ubezwłasnowolnienie alkoholika czy nie nastąpi, w każdym razie alkoholik i jego adherenci odnoszą się wrogo do psychjatry, w pierwszym przypadku dlatego, że z powodu orzeczenia sądowo-psychjatrycznego nastąpiło ubezwłasnowolnienie, w drugim przypadku zaś dla tego, że orzeczenie zagrażało wolnemu obywatelowi utratą prawa swobodnego działania. Ogół nie jest tak dalece oświecony w przedmiocie, ażeby poznał niebezpieczeństwo alkoholizmu i pojął rozumowanie psychjatry.

Sądzę zatem, że współdziałanie znawcy przy ubezwłasnowolnieniu alkoholika ze stanowiska psychjatry nie jest ani wskazane ani pożądane.

Uważam przeto, że pozbawienie alkoholika własnej woli z przesłanek psychopatologicznych nie powinno mieć zastosowania w sądownictwie polskiem. Tem samem nie widzę potrzeby odnośnego przepisu w ustawie polskiej; byłoby to sprowadzeniem sprawy na niewłaściwe tory.

Prostszą, krótszą, dogodniejszą drogę przedstawia ustawodawstwo cywilne szwajcarskie w § 370 i niemieckie w § 6. 3, które przewidują ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek czysto społecznych.

W sprawie np. z § 6. 3 n. u. c. główną rolę odgrywają świadkowie, których zeznania do rzeczy ustalają przesłanki do ubezwłasnowolnienia.

Przewidziane są trzy kryterja pozbawienia alkoholika własnej woli z § 6. 3. mianowicie:

1. niemożność załatwiania swoich spraw,
2. narażanie siebie i rodziny swojej na nędzę,
3. zagrażanie bezpieczeństwu innych.

Do ubezwłasnowolnienia alkoholika wystarczy rzeczostan jednego z wyszczególnionych momentów. Skoro pijak nałogowy z powodu zniedołężnienia wskutek długoletniego zatruwania swojego organizmu alkoholem stał się cieleśnie i umysłowo niezdolnym do zarobkowania, gdy z powodu częstych libacji zaniedbuje swoje sprawy, wtedy kryterja do ubezwłasnowolnienia już są dane.

Jeżeli pomiędzy powodami do ubezwłasnowolnienia alkoholika wymienia się także moment, że pijak naraża siebie i rodzinę na nędzę, to powód ten odnosi się do osób marnotrawnych, trwoniących majątek swój, które wskutek częstego upijania się, wydają przeważnie na napoje wyskokowe więcej niż wynoszą ich dochody, tak ze istnieje obawa, że pozostaną bez środków do życia, a rodzina stanie się ciężarem dla gminy.

Trzecią przyczyną ubezwłasnowolnienia alkoholika stanowi zagrażanie bezpieczeństwu innych, i to całkiem słusznie, albowiem zdarza się często, że pijak obchodzi się brutalnie z żoną i dziećmi, odgraża się, że ich zabije. W stanie pijaństwa pijak jest skołnnym do wprowadzenia groźb swoich w czyn.

Pijak znajduje na ulicy i w restauracji dość sposobności do zaczepiania otoczenia. Znaną jest rzeczą, że pijacy bywają często karani za urazy cielesne, za obrazę, zakłucenie spokoju domowego.

Statystyki niemieckie wykazują, że na 100 przypadków obrażenia cielesnego ca 70 popełnionych było w stanie pijaństwa. Kryminalność studentów niemieckich w 85% przypadków powodowana była pijaństwem.

H o t t e r stwierdził, że w okręgu sądowym Straubing w Bawarji w czasokresie od r. 1900 do r. 1909 ca 90% wszystkich przypadków zabójstwa i obrażenia cielesnego popełnionych było pod wpływem alkoholu[1]).

Nie może więc ulegać wątptiwości, że pijak zagraża w wysokim stopniu bezpieczeństwu publicznemu. Moment ten stanowi zatem całkiem słuszny powod do ubezwłasnowolnienia.

Przy ustaleniu podstawy do zastosowania § 6. 3. n. u. c. w terminie psychjatra może chyba wyjątkowo tylko być słuchany, i to w roli świadka, a nie w charakterze biegłego.

Ten sposób postępowania prawnego uważam za właściwy i praktyczny. Ubezwłasnowolnienie alkoholika należy do kompetencji sądu, a nie do kompetencji

[1]) Cyt. podług Hübnera: Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914. A. Marcus & E. Webers Verlag.

psychjatry. Sędzia może sam stwierdzić fakt, czy kto jest nałogowym pijakiem lub nie; do tego specjalne kwalifikacje nie są potrzebne; doświadczenie życiowe wystarczy do oceny zjawiska tak powszedniego jak pijaństwo.

Poco psychjatra ma brać na swoje barki odpowiedzialność w sprawie, w której nie decyduje.

Uważam, że należałoby dbać więcej o prestiż zawodowy i odsuwać odpowiedzialność tam, gdzie jej ponosić nie mamy obowiązku.

Stosownie do wyrażonej co dopiero opinji kieruję się w przypadkach ubezwłasnowolnienia alkoholika następującą metodą.

Jeżeli zgłosi się interesent po orzeczenie sądowo-psychjatryczne dla celów ubezwłasnowolnienia alkoholika z przesłanek lekarskich, a więc z § $6._1$ n. u. c., wystawiam odnośne świadectwo tylko wtedy, gdy chodzi o pacjenta z dobitnie nacechowaną psychozą, z wyraźnymi objawami chorobowymi jakoto: omamy, urojenia, pomieszanie, chorobowe stany wzruszeniowe, o których istnieniu sędzia każdego czasu sam przekonać się może.

Gdy natomiast chodzi o alkoholika z lekkiem osłabieniem umysłowem albo z utajonymi, sporadycznie występującymi objawami psychopatologicznymi, które pacjent dysymuluje, wtedy zalecam wytoczyć sprawę przed sąd na podstawie § 6. 3 n. u. c. i nie wystawiam orzeczenia sądowo-psychjatrycznego.

Tem samem unika się niedogodności wystąpienia jako znawca w sprawie z przesłanek lekarskich trudnej do przeprowadzenia.

Wyniki praktyczne że stosowania § 6. 3 nie odpowiadają wprawdzie oczekiwaniom pokładanym w ustawie o ubezwłasnowolnieniu alkoholika, a to przeważnie dlatego, że współdzianie władz administracyjnych w procesie nie jest przewiedziane. A właśnie w tym przypadku współdziałanie władz byłoby pożądane choćby już z tego względu, że żona i dzieci pijaka że zrozumiałych przyczyn wniosku o pozbawienie własnej woli męża i ojca nie stawiają, albo o ile stawili, cofają go przed ukończeniem procesu. Prawo gminy i związków ubogich do stawiania wniosków odnośnych nie bywa należycie wykorzystane. Wnioski także powinny być stawiane przez sąd i urzędy administracyjne.

Znaczenie lekarza psychjatry w walce z alkoholizmem jest pierwszorzędne i nie ucierpi nic przezto, że psychjatra przy ubezwłasnowolnieniu alkoholika nie będzie współdziałał jako znawca. Jego najważniejszem zadaniem bowiem jest, bezustannie wskazywać na szkodliwe następstwa alkoholizmu dla pijaka, dla jego rodziny, dla społeczeństwa i informować opinję publiczną o środkach zapobiegawczych i leczniczych.

Że i w ten sposób można osiągnąć jaknajlepsze wyniki, wykazał ks. Mathew w Irlandji, który zdołał w ciągu 3 lat wychować 2 miljony ludzi na zupełnych abstynentów. W tym okresie liczba kar za ciężkie zbrodnie zmniejszyła się do 1/16 dawniejszej liczby.

ALKOHOLIK POD WZGLĘDEM SĄDOWO-ADMINISTRACYJNYM

wygłosił

Doc. Dr. R. Radziwiłłowicz.

Państwo ze względów moralnych i społecznych ma obowiązek, w miarę posiadanych środków, leczyć alkoholików i opiekować się nimi.

Alkoholik jest to człowiek chory, który ma prawo do zdrowia; alkoholik jest to chory, którego choroba przybiera często charakter dla niego, otoczenia i porządku prawnego niebezpieczny; trzeba jego i społeczeństwo chronić przed tymi chorobliwymi skutkami.

Alkoholizm rośnie u nas w zatrważających rozmiarach. Podczas wojny w b. zaborze rosyjskim istniał zakaz zupełny, wydany przez Rosjan, utrzymywany przez Niemców w b. zaborach austrjackim i pruskim. Warunki wojenne sprowadziły znaczne ograniczenia w wyrobie alkoholu.

Z zawarciem pokoju alkoholizm wzmógł się i rośnie systematycznie. Nie mamy statystyki całego kraju, lecz dane ogłoszone przez Magistrat Łódzki dobrze ilustrują rzecz całą. Rocznik statystyczny m. Łodzi na rok 1922 podaje cyfry następujące:

Rubryka wpływy z opłat miejskich od wyrobów alkoholowych wykazuje ilość zużytego alkoholu 100 proc. w litrach za rok 954,240, a w miesiącach w styczniu 33280, w lutym 59765, w marcu 80573, w kwietniu 101775, w maju 110043, w czerwcu 99317, w lipcu 106814, w sierpniu 152920, w wrześniu 147196, w październiku 168596, w listopadzie 199856, w grudniu 192107. Rubryka przywozu napojów alkoholowych kolejami podaje w kilogramach ogółem 3 776 690, a w miesiącach styczeń 936 80, luty 239.220, marzec 362.950, kwiecień 355,679, maj 280 661, czerwiec 289.486, lipiec 192.922, sierpień 366 484, wrzesień 409 542, październik 364.467, listopad 319.849, grudzień 510.751. Rubryka spożycia alkoholu podług danych podatkowych wykazuje ilość zgłoszonego i opodatkowanego na rzecz miasta alkoholu przeznaczonego do spożycia w litrach na rok 3 351,904. a w miesiącach w styczniu 83023, w lutym 139,741, w marcu 188,093, w kwietniu 237,685, w maju 255 738, w czerwcu 299,141, w lipcu 246,774, w sierpniu 352,956, w wrześniu 340,069, w październiku 386 009, w listopadzie 455,476, w grudniu 437,199.

Wszystkie trzy pozycje przy porównaniu spożycia styczniowego z grudniowem, wykazują mniej więcej równomiernie sześciokrotny wzrost spożycia alkoholu w końcu w zestawieniu z początkiem roku.

W tym stanie rzeczy zapobieganie alkoholizmowi i leczenie alkoholików wzrasta do rozmiarów pierwszorzędnego zagadnienia społecznego.

Punktem wyjścia zadań państwowych w tej dziedzinie powinno być stworzenie prawodawstwa, regulującego opiekę nad alkoholikiem. Przepisy prawne opracują prawnicy, lecz treść przepisów powinna być dostarczona przez psychjatrów. My musimy stworzyć materjał, który prawnicy przyobleką potem w szaty ustaw i rozporządzeń wykonawczych.

Dlatego podnoszę tę sprawę na Zjeździe Powinniśmy dzisiaj wytknąć zasady, któremi rządzić się ma prawodawstwo przeciwalkoholowe, powinniśmy wybrać dzisiaj Komisję, któraby w myśl uchwalonych zasad ogólnych opracowała szczegóły projektów ustaw.

W pierwszym rzędzie chodzić nam powinno o ustalenie wytycznych, na jakiej podstawie lekarskiej i w jakich granicach może być stosowany przymus w leczeniu alkoholików. Wyłączam odrazu z dyskusji psychozy na podłożu alkoholowem. Jest rzeczą jasną, że pod względem uprawnienia do zastosowania przymusowego leczenia w zakładzie zamkniętym, nie różnią się one od innych postaci chorób psychicznych.

Terenem spornym nietylko pod względem prawnym, lecz w pewnej mierze nawet pod względem lekarskim, jest alkoholizm przewlekły, który nie sprowadził jeszcze formalnej psychozy, lecz w którym ujawniły się już wyraźne objawy psychicznego zwyrodnienia.

Że takich chorych leczyć potrzeba, jest jasne, chodzi o to, jak ich leczyć i gdzie, jeżeli dobrowolnie stosowane środki nie wystarczają.

Do zastosowania przymusu niema podstawy prawnej, wobec nieuznawania przez prawników, a nawet w pewnej mierze i przez lekarzy, że zwyrodnienie alkoholowe jest psychozą i uprawnia do stosowania przymusowego leczenia w zakładzie psychjatrycznym Nasze zadanie w tej chwili polega na stwierdzeniu tego faktu i na ustaleniu zasady, że zwyrodnienie alkoholowe samo w sobie może sprowadzać potrzebę umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym. Lekarz, jeżeli uzna potrzebę zastosowania tego środka leczniczego, powinien w świadectwie kwalifikacyjnym określić stan chorego jako chorobę psychiczną, wymagającą leczenia w zakładzie psychjatrycznym; będzie to zgodne z jego sumieniem lekarskiem, będzie ścisłe, a jednocześnie uwolni jego, rodzinę chorego od powikłań sądowo-administracyjnych, które wynikają, jeżeli stan chorego określa się tylko jako alkoholizm, a nie uwydatni się zwyrodnienia psychicznego, a wszak ono, a nie nagi fakt alkoholizmu, spowodowało umieszczenie w zakładzie

Pewne przypadki zwyrodnienia alkoholowego nie wymagają leczenia w zakładzie psychjatrycznym, natomiast wymagają przymusowej abstynencji w zakładzie zamkniętym, którym niekoniecznie musi być zakład psychjatryczny. Dla tej kategorji chorych powinny istnieć zakłady specjalne o charakterze odrębnym od zakładów psychjatrycznych, przeznaczone wyłącznie dla leczenia alkoholików. Typ zakładu powinien być zamknięty, a regulamin ściślejszy, niż w zakładach otwartych, bardziej zbliżony do regulaminu zakładów psychjatrycznych. Zakłady takie powinny być państwowe, względnie samorządowe pod nadzorem pań-

stwowym. Zanim stan finansowy Państwa pozwoli na wzniesienie oddzielnych zakładów tego rodzaju, mogłyby być w tym celu zużytkowane pawilony oddzielne zakładów psychjatrycznych, lecz powinny one tworzyć wtedy zakład odrębny z nazwą odrębną.

Sprawa posiadania odrębnych zakładów zamkniętych dla leczenia alkoholików, to sprawa nietylko aktualna, lecz nawet pilna. Projektowany kodeks karny polski, opracowywany przez komisję kodyfikatcyjną, przewiduje ten rozdział zabezpieczenia. Pomijając względy lecznicze, dla każdego oczywiste i jasne, trzeba myśleć również i o tem, ażeby sąd miał realną możność stosowania obowiązującego przepisu, ażeby istniały w rzeczywistości zakłady dla alkohlików, do których ma sąd skierowywać przestępców skazanych na ten rodzaj zabezpieczenia czy kary. Zakładów takich nie mamy wcale, trzeba zawczasu myśleć o ich stworzeniu.

Dalej powinny istnieć otwarte zakłady dla alkoholików, państwowe, samorządowe, społeczne lub nawet prywatne, przeznaczone dla tych, których leczenie nie wymaga zamknięcia i może być skutecznie przeprowadzone bez regulaminowych obostrzeń.

Opieka rodzinna w rodzinach abstynenckich i przychodnie specjalne dla alkoholików zamykałyby szereg środków, których potrzeba powinna być przez nas psychjatrów wyłożona.

Na początek exempli modo przychodnie przy uniwersytetach, katedrach psychjatrycznych mogłyby wystarczyć, koszty ich utrzymania pokrywałoby Państwo.

Należy pozatem przemyśleć i środki zapobiegawcze względem alkoholików, którzy nie wykazują jeszcze wyraźnych objawów zwyrodnienia psychicznego, nie mogą jednakże powstrzymać się od nałogu i staczają się po równi pochyłej prowadzącej do zwyrodnienia i psychozy alkoholowej.

Stworzenie warunków przymusowej abstynencji byłoby dla nich oczywistem dobrodziejstwem. Zadania tego nie mogą spełnić lekarze, lecz musi je spełnić sąd, wkraczając w pewnych wypadkach w dziedziny lekarskie i wydając orzeczenia, w których obok wymiaru sprawiedliwości braną byłaby pod uwagę i potrzeba ratowania człowieka.

Groźba ubezwłasnowolnienia, zawieszenie jego wykonania, jeżeli ubezwłasnowolniony zgodzi się dobrowolnie na leczenie w zakładzie dla alkoholików, może być wyzyskana przez sąd, jako środek zapobiegawczy czy leczniczy. Odpowiednio zredagowany przepis prawny dawałby sądowi tę broń w ręce. Pozatem mogłyby tę broń stanowić uzupełniające przepisy karne, stosowane za przestępstwo znajdowania się w stanie nietrzeźwym w miejscu publicznem.

Celowy wydaje się być system wprowadzony ustawowo w niektórych stanach Ameryki Północnej, znany pod nazwą systemu Pollarda, od nazwiska sędziego Policji poprawczej w St. Louis, który go pierwszy zastosował, polegający na tem, że skazanemu za przekroczenie przepisu o pijaństwie kara zostaje zawieszona, jeżeli ten zobowiąże się w przeciągu roku zupełnie powstrzymać się od używania napojów alkoholowych. Jeżeli zobowiązanie dotrzyma, kara zostaje całkiem umorzona. Jeżeli zobowiązania nie dotrzyma, zawieszenie wyroku zostaje uchylone i kara zostaje wykonana. System okazał się praktyczny szczególnie w stosunku do osób, które po raz pierwszy stanęły przed sądem za przestępstwo alkoholowe.

Prawodawstwo angielskie z dnia 12. sierpnia 1898 wykazuje cały szereg przepisów podobnych i bez wchodzenia w szczegóły, w warunkach obecnych naszych rozważań moglibyśmy przyjąć np. zasadę, że po trzykrotnem zasądzeniu za znajdowanie się w stanie nietrzeźwym w miejscu publicznem, przy czwartem zasądzeniu może być dodane orzeczenie, skierowujące podsądnego do zakładu leczniczgo dla alkoholików.

Pozatem celowy wydaje się przepis prawa, wprowadzony na kolejach pruskich; można go ująć szerzej i zastosować do dziedziny nietylko kolejowej, — że każdy pełniący służbę tego rodzaju, iż od jego przytomności zawisło bezpieczeństwo ludzkie, — (służba ruchu, kolejowa, samochodowa, okrętowa, tramwajowa, lotnicza), powinien na 8 godzin przed wstąpieniem na służbę powstrzymać się bezwzględnie od spożycia alkoholu nawet w najsłabszej postaci. Przestępstwo przeciwko temu przepisowi, o ile nie pociągałoby za sobą kary sądowej, powinno przewidywać wkroczenie dyscyplinarne.

Wreszcie należy powziąć i uchwalić zasady, które wyjmuję z referatu dr. Stanisława Białego z Brzozowa: »Alkoholizm a prawodawstwo i administracja pod zaborem austrjackim« i które łatwo dałyby się u nas zastosować, a mianowicie: — należy uznać, że publiczne nadużywanie alkoholu u funkcjonarjuszy publicznych, nawet bez wywołania publicznego

zgorszenia, jest dyscyplinarnie karygodne, a także należy dążyć do tego, ażeby w ocenach kwalifikacyjnych, obok innych rubryk wprowadzić umieszczenie opinji co do używania alkoholu przez urzędnika i ustalić zasadę, że przy zresztą równych kwalifikacjach należy dawać pierwszeństwo tym, którzy alkoholu nie używają.

Wnioski ostateczne formuję w sposób następny:

Zastraszający rozwój alkoholizmu w ostatnich czasach skłania Zjazd do powzięcia i przedstawienia czynnikom miarodajnym uchwał następujących:

1. Zostaje ubezwłasnowolniony, kto wskutek alkoholizmu nie może zarządzać swojemi sprawami. Ubezwłasnowolnienie może być zawieszone, jeżeli istnieją widoki, że stan dotkniętego alkoholizmem może ulec poprawie.

Przy zasądzeniu za przestępstwo alkoholowe kara może być zawieszoną, jeżeli podsądny zobowiąże się, powstrzymać w ciągu roku od używania napojów alkoholowych. W razie dotrzymania zobowiązania kara ulega umorzeniu, w przeciwnym razie zostaje wykonana. —

2. Zwyrodnienie psychiczne na podłożu alkolizmu powinno być traktowane jako choroba psychiczna i może pociągać za sobą umieszczenie w zakładzie psychjatrycznym, względnie w zamkniętym zakładzie leczniczym dla alkoholików, jeżeli stan chorego na to pozwala.

3. Należy stworzyć odrębny typ zakładu zamkniętego dla leczenia alkoholików. Tymczasowo, zanim stan finansowy Państwa pozwoli na wznoszenie zakładów oddzielnych, należy na ten cel przygotować oddzielne pawilony w zakładach psychjatrycznych położonych poza obrębem miast i rozporządzających większą liczbą łóżek, niezajętych przez psychicznie chorych.

4. Nałogowy pijak, trzykrotnie uznany za winnego znajdowania się w stanie nietrzeźwym w miejscu publicznem, przy czwartem osądzeniu może być mocą orzeczenia sądowego skierowany na leczenie do zamkniętego zakładu dla alkoholików.

Należy dążyć do powoływania do życia otwartych zakładów leczniczych dla alkoholików jako koniecznego uzupełnienia środków zakładowych leczenia alkoholizmu. O ile zakłady zamknięte powinny być państwowe, względnie samorządowe pod kontrolą państwową, zakłady otwarte mogą być także społeczne, a nawet prywatne.

Zakłady dla alkoholików zamknięte i otwarte powinny stać się ośrodkiem organizacyjnym opieki rodzinnej dla alkoholików.

Należy żądać od władz samorządowych tworzenia przychodni dla alkoholików. Inicjatywa pod tym względem powinna wyjść od rządu i należy na początek przy uniwersyteckich katedrach psychjatrycznych stworzyć tego rodzaju przychodnie i utrzymywać je z funduszów ogólnie państwowych.

5. Przepisy o służbie publicznej należy obostrzyć i uzupełnić w sposób następujący

a) Każdy pełniący służbę tego rodzaju, iż od jego przytomności zawisło bezpieczeństwo ludzkie, (służba ruchu, kolejowa, samochodowa, lotnicza, okrętowa, tramwajowa) powinien na 8 godzin przed wstąpieniem na służbę powstrzymać się bezwzględnie od spożycia alkoholu nawet w najsłabszej postaci. Przestępstwo przeciwko temu przepisowi, o ile nie pociąga za sobą kary sądowej, podlega orzeczeniu sądu dyscyplinarnepo, b) publiczne nadużywanie alkoholu przez funkcjonarjuszy publicznych nawet bez wywołania zgorszenia publicznepo, powinno być uznane za dyscyplinarnie karygodne, c) w ocenach kwalifikacyjnych wprowadzić umieszczenie opinji co do używania alkoholu przez urzędnika i postanowienie, że przy zresztą równych kwalifikacjach należy dawać pierwszeństwo tym, którzy alkoholu nie używają

DYSKUSJA.
(do odczytów powyższych)

Dr. Nelken: Zwraca uwagę na przestępczość alkoholową w wojsku w kierunku ciężkich przestępstw wojskowych. Formuła cywilnej przestępczości alkoholowej, — „zakłócenie porządku publicznego — ciężkie obrażenie czci“ odpowiada w wojsku niesubordynacji, — obrazie słownej przełożonego, — obrazie czynnej, usiłowaniu zabójstwa. Wsprawie poczytalności alkoholowej, tak zwane fizjologiczne stany upicia się z niepoczytalnością nie mogą mieć nic wspólnego. Tylko patologiczne formy mogą być rozpatrywane w związku z poczytalnością. Przestępca nie może wchłaniać wraz z wódką w kieliszku okoliczności łagodzących. W spra-

wach leczenia należy kierować się ścisłemi wskazaniami, ostro oddzielać nieuleczalnych od uleczalnych alkoholików. Pierwsi należą do zakładów psychjatrycznych, drudzy do specjalnych zakładów dla alkoholików. W każdym razie leczenie musi się odbywać tylko w zakładzie zamkniętym. Przychodnie mają ograniczone znaczenie doradcze, nie lecznicze.

Dr. Wiendlocha: Podkreśla fakt, że plaga alkoholowa daje się odczuwać szczególnie w dzielnicy śląskiej naszej Rzeczypospolitej.

Wypowiada się za absolutnym zakazem na wzór Ameryki.

Prokurator Czarliński:

I. W byłej dzielnicy pruskiej dopuszcza § 23 ustawy karnej tymczasowe zwolnienie więźnia z kary przy dobrem prowadzeniu się — z widokiem na darowanie reszty kary przy dalszem dobrem zachowaniu się. Przepis ten powinien być odpowiednio zastosowany do alkoholików, to zn., że przestępca alkoholik może być wezwany do dalszego odbywania kary nietylko, jeżeli ponownie wejdzie w konflikt z ustawą karną, lecz już wtedy, gdy na tymczasowej wolności przychwycono go publicznie spitego.

II. Ustawa powinna określić, kiedy należy wzywać psychjatrę w sprawach o czyny popełnione w alkoholowem upojeniu, a kiedy sędzia sam powinien rozstrzygać na podstawie faktów.

III. Konieczna jest potrzeba zamkniętego zakładu dla alkoholików w Polsce z ustawą o przymusowem umieszczeniu alkoholika.

Major Skrzywan: Wychodząc ze stanowiska, że pojęcie prawa tak karnego jak i cywiljnego należy do kategorji społecznych a nie psychologicznych należy również w kwestji poczytalności alkoholika rozstrzygać ze stanowiska społecznego a nie wyłącznie psychjatrycznego. Na tem stanowisku stojąc, należy uważać traktowanie chorób psychicznych i alkoholizmu na równi za niedopuszczalne. Wyjście racjonalne znaleść by można w umieszczeniu w kodeksie: przepisy o niepoczytalności stosują się również tylko do patalogicznego upojenia alkoholem. W prawie cywilnem jedynie racjonalnem ze stanowiska prawnego jest stanowisko p. Dr. Piotrowskiego.

W sprawie ogólno administracyjnej należy wyraźnie podkreślić, że Zjazd stoi na stanowisku zupełnej abstynencji.

Dr. Sterling: Oprócz sądowego traktowania przestępstw alkoholowych istnieje jeszcze stosunek administracyjny, określony przez rozmaite ustawy prohibicyjne. Między innemi ustawa polska z dnia 19. 4. 20. karze grzywną lub więzieniem nietylko przestępstwo dokonane wskutek upicia się, ale i sam fakt upicia się. Pod tym względem ustawa ograniczająca spożycie napojów alkoholowych, stosowana jest w Polsce bardzo szeroko. W walce z alkoholizmem nie potrzeba wyrzekać się przychodni, w których osiągano w Rosji i Niemczech zadawalające wyniki terapeutyczne przez stosowanie hypnozy.

Dr. Sycianko: Uniesamowolnienie i zamykanie alkoholików winno następować w jaknajwcześniejszych okresach dla dwóch powodów, a mianowicie: dla tego, by jaknajprędzej położyć kres marnowaniu grosza, co w rychłym bardzo czasie może pociągnąć za sobą ruinę rodziny i z punktu widzenia eugenetycznego alkoholik winien być jaknajprędzej izolowany od rodziny, gdyż wszyscy dobrze wiedzą, jak źle wpływa alkoholizm rodziców na zdrowie psychiczne potomków. Nie widzę potrzeby specjalnych zakładów dla alkoholików, gdyż mogą oni być umieszczani tak jak i inni umysłowo chorzy w zakładach psychjatrycznych, gdzie do nich może być stosowany inny régime. Nie podziela optymistycznych poglądów kol. Sterlinga na leczenie alkoholików, gdyż dotychczasowa praktyka licznych przychodni daje bardzo znikomy procent uzdrowionych

Dr, Bednarz: niepodziela złudzenia co do skuteczności kuracji alkoholików w przychodniach. Przykład pracy Dra Mendelsona nie jest miarodajnym, albowiem oparty nie na ścisłej i długotrwałej obserwacji. Cała praca była prowadzona pod kątem widzenia pogodzenia „monopolu państwowego“ i dobra społeczeństwa, które z monopolu może czerpać środki na walkę z alkoholizmem. Praca ta jest próbą rehabilitacji niepopularnej reformy Wittego. Własne kilkuletnie doświadczenie prowadzone w tym samym czasie przychodni kliniki psychjatrycznej w Petersburgu, jako części pracy, prowadzonej przez szereg osób, wśród których był Dr. Mendelson, wykazało, że efekt jest krótko-trwały i najczęściej z chwilą ustania związku między pacjentem a lekarzem, alkoholik stopniowo wraca do swego nałogu. Skutecznie leczyć alkoholików, o ile niema psychopatologicznego podkładu, trzeba próbować tylko w zakładach zamkniętych.

Dr. **Nelken:** Przychodnie dla alkoholików mają ogromne znaczenie w kierunku doradczym, a nie w kierunku leczniczym. Urządzenie porad, opiekowanie się alkoholikiem po wyjściu z zakładu, szpitala, więzienia, wyszukanie pracy, zajęcia się rodziną, itd. składają się na ich program. Leczenie ambulatoryjne alkoholików jest złudzeniem.

Prof. **Mazurkiewicz** jest przeciwny stanowisku Dyr. Piotrowskiego i twierdzi, że w sprawie ubezwłasnowolnienia alkoholika współpraca sądowa psychjatry jest tak samo wskazana i konieczna jak w procesie o ubezwłasnowolnienie paralityka albo chorego cierpiącego na inną psychozę.

Major **Skrzywan:** Pan prof. Mazurkiewicz, występując przeciw zasadzie Dr. Piotrowskiego, żeby ubezwłasnowolnienie nie czynić zależnym od stwierdzenia przez psychjatrów choroby, nie uwzględnia interesu społecznego. Ubezwłasnowolnienie jest instytucją społeczną, której lex lata polega na chronieniu interesów osób trzecich przed szkodnikiem, którym może być każdy pijak, nietylko ten, którego można uznać za człowieka chorego umysłowo.

SŁOWO KOŃCOWE.

Dyr. Dr. **Łuniewski:** Odpowiadam na uwagi p. majora Skrzywana. Jeżeli może być dziś kontrowersja pomiędzy stanowiskiem lekarza i sędziego w przypadkach przestępstw alkoholowych, to wynika ona jedynie ze sposobu formułowania pytań, jakie dziś wobec obowiązującego prawa stawia lekarzowi sąd. Prawo przyszłe, które elastycznie, zgodnie z potrzebami życia, sformułuje swoje artykuły, usunie te pozorne sprzeczności, jakie zachodzą pomiędzy stanowiskiem społecznem a psychobiologicznem. My lekarze nie rozumiemy tak naszego zadania, żeby „wyrwać“ z rąk sprawiedliwości przestępców, nam chodzi jedynie o to, żeby punkt widzenia „zemsty społecznej“ sądu nie był wyłącznym w sądzie, chodzi nam o to, żeby prawo karne było stosowane celowo. Zasada prohibicji jest tą zasadą, którą musimy podkreślić w naszych dezyderatach, ale nie łudzimy się, żeby prawo prohibicyjne wydało jakiekolwiek rezultaty, dopóki sprawa grozy, jaka za alkoholizmem idzie, nie przeniknie do świadomości szerokich warstw społeczeństwa. Co do wniosków Doc. Radziwiłłowicza sądziłbym, że przy stwierdzonem zaburzeniu porządku publicznego przez pijanego należałoby tegoż umieścić w zakładzie bez orzekania sądu, ale poprostu w drodze policyjnej. Podkreślam ważność piątego wniosku Doc. Radziwiłłowicza dotyczącego przepisów o służbie cywilnej — pozwoliłyby one wychować kadry wykonawców tych praw, jakie będą w sprawie alkoholizmu utworzone.

Dyr. Dr. **Piotrowski** w odpowiedzi p. prof. Mazurkiewiczowi zaznacza, że uznając bezwzględnie potrzebę energicznego zwalczania alkoholizmu wszelkimi możliwymi środkami, uważa ubezwłasnowolnienie pijaka za jeden z właściwych środków podatnych do walki z alkoholizmem. Chodzi tylko o to, w jakiej formie środek ten najskuteczniej może być zastosowany. I tu, że względów praktycznych i oportunistycznych referent upatruje ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek czysto społecznych (jak to ma miejsce w Szwajcarji i Niemczech) za prowadzące łatwiej i prędzej do celu niż ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek czysto psychopatalogicznych. W pierwszym przypadku współpraca psychjatry nie jest przewidziana, w drugim, ze względów zasadniczych, psychjatra musi być przesłuchany. Doświadczenie uczy, że ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek lekarskich napotyka na duże trudności, albowiem alkoholik znajdujący się w początkowym okresie swego cierpienia, kiedy to ubezwłasnowolnienie jest wskazane ze względów profilaktycznych, umie się zachowywać tak poprawnie przed sądem, że sędzia nie łatwo przekona się o potrzebie ubezwłasnowolnienia pozwanego z przesłanek psychjatrycznych. Daleko łatwiej ubezwłasnowolnić pijaka na podstawie stwierdzonego faktu, że pozwany jest pijakiem. Żądanie, że przy ubezwłasnowolnieniu alkoholika ma bezwzględnie współdziałać psychjatra pochodzi stąd, że w niektórych umysłach pojęcie ubezwłasnowolnienia kojarzy się z pojęciem orzecznictwa sądowo psychjatrycznego, co jest błędem. Ubezwłasnowolnienie obywatela może nastąpić z pobudek czysto zewnętrznych, z przesłanek społecznych, a nie tylko psychopatalogicznyzh, jak to już słusznie zauważył p. major Skrzywan.

Doc. **Radziwiłłowicz:** Przychodnie stanowią jeden ze środków leczenia alkoholików i w szeregu innych zasługuję na uwagi i rozpowszechnienie jako punkt oparcia dla samego chorego i źródło pouczenia i pomocy dla otoczenia. Oczywiście tylko zakaz całkowity jest celowy, lecz dochodzić do niego należy stopniowo. Amerykanie po stupiędziesięciu latach uporczywej walki doszli dopiero w 1920 roku do zakazu. Nasza ustawa jest etapem w drodze do zakazu, zawiera przepis dozwalający gminom uchwalenie na swem terytorjum całkowitego zakazu. Jeżeli większość gmin wprowadzi zakaz u siebie, wtedy nie trudno będzie uzyskać od Sejmu uchwalenia zakazu dla całego kraju. Grzywny za przestępstwa alkoholowe będą szły na walkę z alkoholizmem i pozwolą nawet na stworzenie jeżeli nie zakładów, to przynajmniej oddziałów dla leczenia alkoholików. Ustawę opracują prawnicy, lecz my musimy im dostarczyć materjału do ustawy.

Ubezwłasnowolnienie samo w sobie nie jest środkiem skutecznym w leczeniu alkoholizmu, lecz strach przed nim może niejednego skłonić do podjęcia leczenia. Jeśli alkoholik będzie miał postawiony sobie przez sąd wybór, ubezwłasnowolnienie lub udanie się do zakładu dla alkoholików, może nieraz wybrać to drugie.

Bez orzeczenia sądu alkoholik, który dopuścił się wykroczeń zakłócenia spokoju publicznego, nie, może być przyjęty do zakładu zamkniętego. Nawet jest rzeczą pożądaną, ażeby orzeczenia tego rodzaju wydawał sąd, a nie inna jaka instytucja.

POLSKA LEX FERENDA O NIEPOCZYTALNOŚCI I POCZYTALNOŚCI ZMNIEJSZONEJ

wygłosił

Doc. Dr. R. Radziwiłłowicz.

W zbiorze projektów ustawodawczych Przeglądu Polskiego Ustawodawstwa Cywilnego i Kryminalnego Nr. Nr. 1 i 2, w załączniku do Zeszytu 1-go, podano projekt przygotowawczy części pierwszej Kodeksu Karnego, uchwalony w trzeciem czytaniu przez Sekcję prawa karnego Komisji Kodyfikacyjnej Rzeczypospolitej Polskiej, w układzie podkomisji redakcyjnej.

Jak widać z tytułu, jest to jeszcze tylko projekt przygotowawczy. Uchwalenie go przez Sekcję prawa karnego nadaje mu charakter rzeczy zbliżającej się do okresu ostatecznego, do redakcji końcowej. Jest to zatem czas najodpowiedniejszy do podjęcia nad nim dyskusji; projekt wykrystalizował się dostatecznie z mgławicy rozważań wstępnych, a klamka jeszcze nie zapadła, nie został jeszcze ostatecznie uchwalony, co czyniłoby wszelkie roztrząsanie jego wartości praktycznie bezcelowem.

Dlatego chcę poddać rozważaniu w tem gronie ustępy projektu o niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej, jako rzeczy nas bezpośrednio obchodzącej, w której jesteśmy uprawnieni do zabierania głosu; chcę, po dokonaniu oceny przepisów, wysunąć projekt inny, który byłby zgodny z wymaganiami prawniczemi, (bez czego projekt byłby nierealny), lecz który jednocześnie odpowiadałby wskazaniom psychjatrji współczesnej, czego o przygotowanym projekcie nie można powiedzieć.

Pragnąłbym, po przeprowadzeniu dyskusji, spowodować wniosek Zjazdu o przesłanie wyników narady do Komisji Kodyfikacyjnej dla uwzględnienia przy ostatecznej redakcji Kodeksu.

Zarzuty, które projektowi przygotowawczemu pod względem zasadniczym można postawić, obejmują:

a) niewłaściwy wybór metody, zastosowanej do określenia warunków niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej,

b) niekonsekwencję w przeprowadzaniu przyjętej metody, a pod względem formalnym,

c) wadliwy sposób uporządkowania materjału w samych przepisach prawnych.

ad a). Sekcja prawa karnego Komisji Kodyfikacyjnej stanęła na stanowisku metody t. zw. mieszanej, psychjatryczno-psychologicznej, to znaczy, że źródła, z których niepoczytalność i poczytalność zmniejszona wypływają, ujęte zostały w terminach psychjatrycznych, natomiast warunki wymagane przez prawo, wobec potrzeby ograniczenia zbyt rozlewnego traktowania przyczyn psychjatrycznych, ujęte zostały w terminach psychologicznych.

Metoda mieszana stanowi kompromis dwu stanowisk i, jak każdy kompromis, nie zadawalnia żadnej strony. Należało wybrać jedną z metod i zastosować ją konsekwentnie w całym przepisie prawa. Sędzia wyrokujący otrzymałby wskazówkę jasną, prostą i łatwą do zastosowania. Dzięki metodzie mieszanej, sędzia otrzymuje dwie wskazówki, które mogą nie pokrywać się wzajemnie i stwarzać dla sędziego sytuację bez wyjścia. Przy zastowaniu jednej części przepisu wpada w sprzeczność z drugą i odwrotnie.

Dla przykładu przytaczam wypadek paranoika, który może rozumieć istotę i znaczenie dokonywanego czynu i kierować swoimi czynami, a jednakże jako oczywiście psychicznie chory, musi być uznany za niepoczytalnego. Sędzia jednakże musi go skazać, bo część psychologiczna przepisu, stanowiąca właściwy jego rdzeń nie pozwala mu postąpić inaczej. W praktyce sędzia postąpi inaczej i uzna za niepoczytalnego człowieka dla każdego, nawet niepsychjatry, oczywiście ciężko psychicznie chorego, lecz postąpi wtedy właściwie wbrew prawu, które ściśle biorąc, na to mu nie pozwala. Przykład ten wskazuje jednocześnie na nieprzydatność metody, jednostronnej metody wyłącznie psychologicznej i jest wystarczającym dowodem, że tylko metoda psychjatryczna powinna być w formułowaniu przepisów prawa stosowana. Niema źródeł niepoczytalności poza psychjatrycznemi; każde inne wtedy tylko staje się czyn-

nikiem, sprowadzającym niepoczytalność, jeżeli sprowadzi jednocześnie skutki psychjatryczne, jak to zresztą podkreślają sami nawet prawnicy. Prof. Tagancew np. w swych komentarzach do kodeksu karnego rosyjskiego z 1903 r. powiada, że inne przyczyny poza chorobą psychiczną (np. gorączka, zatrucie) wtedy tylko mogą być źródłem uznania kogoś za niepoczytalnego, jeżeli sprowadzają zaburzenia działalności psychicznej, tj. jeżeli sprowadzają skutki psychjatryczne.

Oczywiście nasze stanowisko nie może być inne i powinniśmy wytrwale bronić go i żądać metody czysto psychjatrycznej, bez psychologicznych powikłań.

ad b) Sekcja Prawa karnego KK., stanąwszy na stanowisku metody mieszanej, nie zastosowała jednakże metody konsekwentnie. Jakkolwiek dopuściła człon psychjatryczny do przepisu prawa, zrobiła to w tej formie, że stracił on wszelkie znaczenie i jest w tej postaci zbędnym dodatkiem do psychologicznego członu. Przyczyny psychjatryczne Sekcja sprowadziła tylko do terminów „choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznej", czem nie wyczerpała źródeł psychjatrycznych i nadała im brzmienie z psychjatrycznego stanowiska nie do przyjęcia.

Kodeks musi być zredagowany w języku ogólnie zrozumiałym. Terminy w nim użyte muszą być rozumiane nie w znaczeniu, jakie im nadają specjaliści, lecz w znaczeniu ogólnem. Muszą być przytem zgodne z wymaganiami nauki. Terminy „choroba psychiczna i inne zakłócenia czynności psychicznej" nie zadawalniają ani jednego, ani drugiego wymagalnika. Dla psychjatrów „choroba psychiczna" wystarcza, lecz wtedy dodatek „inne" zakłócenia czynności psychicznej" jest zbędny. Z tego stanowiska nie dorozwój umysłowy, zamroczenie świadomości, usposobienie psychopatyczne, są to choroby psychiczne, a do nich sprowadzają się wszelkie źródła psychjatryczne niepoczytalności. Jeżeli psychjatrzy dążą do innego ujęcia sprawy uważając, że sama choroba psychiczna jako źródło niepoczytalności nie wystarcza, to czynią to dlatego,, że ogólne rozumienie pojęcia choroby psychicznej jest inne. Dlatego zamiast choroby psychicznej żądają terminu „chorobliwy rozstrój psychiczny", ażeby tym terminem objąć i usposobienie psychopatyczne, które w ogólnem rozumieniu chorobą psychiczną nie jest i uzupełniają wskazania psychjatryczne pojęciami zamroczenia świadomości i niedorozwoju psychicznego, ponieważ one również w ogólnem rozumieniu nie mieszczą się w granicach pojęć choroby psychicznej i chorobliwego rozstroju psychicznego. Zamroczenie świadomości musi być wyodrębnione w oddzielną kategorję ze względu na sądowo-psychjatryczną wagę, którą przedstawia i nie może z tych względów być utopione w ogólniku „inne zakłócenia czynności psychicznej". Niedorozwój psychiczny w rozumieniu ogólnem również nie jest chorobą psychiczna, bo rozumienie ogólne pod tem słowem pojmuje tylko cierpienie nabyte i nie stosuje się do cierpień wrodzonych; a tem mniej oczywiście idjotyzm czy głuptactwo może być zaliczone do „zakłóceń czynności psychicznej". Z tych względów psychjatrzy obstają przytem, ażeby w psychjatrycznym członie przepisu prawa niedorozwój psychiczny obok zamroczenia świadomości i chorobliwego rozstroju psychicznego był wyraźnie wymieniony.

Tego projekt przygotowawczy nie uwzględnia i powinna być na to zwrócona uwaga Komisji Kodyfikacyjnej.

ad c) Przepisy prawa, dotyczące niepoczytalności zmniejszonej są rozrzucone w projekcie przygotowawczym w kilku miejscach, a mianowicie w rozdziale II. art. 10 par. 1 i par. 2, w rozdziale IX. art. 54 par. 1 i par. 2, w art. 39 par. 2, w rozdziale XII art. 68 par. 1 punkt b, w rozdziale XIII art. 75, art. 76 par. 1 i par 2 art. 77, art. 78 par. 1 i par. 2.

Sądzić należy, że sprawa tak ważna, jak niepoczytalność i poczytalność zmniejszona zasługiwałaby na to, ażeby poświęcono jej rozdział odrębny i w związku ze wskazaniem warunków prawnych, które ją sprowadzają, umieszczono także i środki, które mają być przez sąd zastosowane w razie uznania przestępstwa za spełnione w każdym z tych stanów. Ułatwiłoby to bardzo działanie sędziego orzekającego.

Same środki ujęto niewłaściwie i nieściśle. Zakład psychjatryczny nazwano zakładem dla obłąkanych, terminem nienaukowym, którego nawet w mowie potocznej unikać należy. Niepotrzebnie przytem przeprowadzono podział na zbyt szczegółowe kategorje,

z których wyłączono zwykły zakład psychjatryczny, utrzymując tylko takie poddziały, jak „osobna część zakładu dla obłąkanych" i osobny zakład dla obłąkanych o skłonnościach przestępczych", natomiast dodano pojęcie „inny zakład leczniczy", kiedy w związku z tym paragrafem tylko o zakładzie zamkniętym, tj. psychjatrycznym może być mowa.

Wszędzie uwzględniono tylko niebezpieczeństwa dla porządku publicznego, natomiast wcale niema mowy o potrzebie leczenia lub opieki, co również powinno być brane pod uwagę przez sąd przy umieszczaniu sprawcy uznanego za niepoczytalnego w zakładzie leczniczym.

Dalej nigdzie niema wzmianki o powoływaniu przez sąd rzeczoznawców. Brak przepisu o powoływaniu przez sąd rzeczoznawców nastręczyć może myśl, że sąd jest władny umieścić sprawcę w zakładzie psychjatrycznym bez wysłuchania opinji rzeczoznawców, czy sprawca kwalifikuje się do zakładu tego rodzaju, to znaczy że sąd może np. orzec umieszczenie w zakładzie psychjatrycznym człowieka, który nie jest psychicznie chory, co nie jest niemożliwe, ponieważ sąd psychjatrycznej kompetencji nie posiada. Zapewne przepis o powoływaniu rzeczoznawców będzie przeniesiony do procedury. Wydaje się jednakże słuszniejszem, ażeby sam przepis i wskazanie, że rzeczoznawcami z założenia powinni być psychjatrzy, znajdował się tam, gdzie jest mowa o warunkach niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej. Obstawać przytem musimy tembardziej, że do dążeń naszych należy również żądanie, ażeby rzeczoznawcy mieli sobie ustawowo przyznane prawo wypowiadania opinji nietylko o psychicznym stanie podsądnego, lecz także i o środkach zabezpieczenia, które zastosować należy. Ponieważ środki zabezpieczenia również zostały wprowadzone do kodeksu, a nie do procedury, sądzić należy, że również i z tych względów ustęp o rzeczoznawcach winien znaleźć się w kodeksie, a nie w procedurze.

Przechodzę do dogmatycznej strony zagadnienia.

Zadanie postawienia przez psychjatrów własnych wniosków co do sposobu określenia warunków kodeksowych niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej, mamy bardzo ułatwienie dzięki istnieniu legis ferendae szwajcarskiej, której odnośne przepisy prawne zadawalniają całkowicie wszelkie wymagania psychjatryczne. *Le mieux es toujours l'ennemi du bien* i niema co podejmować próby robienia rzeczy lepszej, skoro ta, jaka jest, jest dobra.

Lex ferenda, o której mowa, jest ułożona według jednolitej, psychjatrycznej metody, nie stwarza w kodeksie dwuch sprawdzianów, które w prakyce życiowej mogą okazać się sprzeczne. Jest jasna, prosta, krótka, treściwa, a jednak, dzięki starannie dobranym określeniom, najzupełniej wyczerpująca, a co ważniejsza w tej chwili, zgodna z wymogami prawa. Przytaczam ją in extenso, z pewną tylko poprawką, polegającą na tem, że zamiast terminu „blödsinnig", zastosowanego w przepisie obok terminu „geisteskrank", użyłem terminu „ciężki niedorozwój umysłowy". Że tak termin rozumieć należy, wynika z tekstu następnej części tego samego paragrafu, gdzie odpowiednik terminu „blödsinnig" dla poczytalności zmniejszonej został określony jako „geistig mangelhaft entwickelt". Wogóle użycie terminu „blödsinnig" w projekcie szwajcarskim spotkało się ze zgodną krytyką psychjatrów niemieckich (R. Sommer, Bumke). Termin „otępiony" nie dałby również tego, o co chodzi w przepisie.

Zwracą uwagę niewątpliwie umyślnie opuszczenie w par. 14 wskazówki o powołaniu rzeczoznawców psychjatrów, istniejącej we wszystkich pozostałych paragrafach. Znaczy to, że w wypadkach oczywistych, jasnych dla sędziego może on bez pomocy psychjatry orzekać o uwolnieniu od kary, a w wypadkach, kiedy ma do czynienia z poczytalnością zmniejszoną i stan sprawcy wątpliwości nie nastręcza, zmniejszać mu wymiar kary, również bez zasięgania opinji rzeczoznawcy stosować okoliczności łagodzące, co do których my wogóle nie mamy nic do powiedzenia. Dopiero nastręczone wątpliwości powodują powołanie rzeczoznawców i to jest słuszne. Dlatego w dalszych paragrafach jest stale mowa o rzeczoznawcach psychjatrach.

Lex ferenda szwajcarska z 1908 r.

Niepoczytalność lub poczytalność zmniejszona, spowodowane przez chorobę psychiczną.

„Par. 14. Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia prestępstwa był psychicznie chory, ciężko niedorozwinięty umysłowo lub głęboko zamroczony.

Jeżeli zdrowie psychiczne lub świadomość sprawcy były tylko rozstrojone albo jego rozwój umysłowy był tylko niedostateczny. sędzia łagodzi karę według swego uznania.

Par. 15. Jeżeli stan psychiczny sprawcy budzi wątpliwości, jeżeli sprawca jest głuchoniemy lub chory na padaczkę, urzędnik, który to zauważy, zarządza zbadanie go przez rzeczoznawców, którymi z założenia są psychjatrzy.

Rzeczoznawcy wydają orzeczenie o stanie psychicznym sprawcy, a także i o tem, czy zachodzi potrzeba umieszczenia go w zakładzie leczniczym lub opiekuńczym, oraz czy stan jego zagraża bezpieczeństwu lub dobru ogólnemu.

Par. 16. Jeżeli niepoczytalny lub rozporządzający poczytalnością zmniejszoną zagraża bezpieczeństwu lub dobru ogólnemu i zachodzi potrzeba umieszczenia go w zakładzie leczniczym lub opiekuńczym, sąd zarządza umieszczenie w zakładzie i zawiesza wykonanie kary.

Władza administracyjna wprowadza w wykonaniu zarządzenia sądu.

Sąd zarządza wypisanie z zakładu z chwilą, kiedy ustała przyczyna. która umieszczenie w zakładzie spowodowała.

Sąd powołuje rzeczoznawców.

Par. 17. Jeżeli jest wskazane leczenie w zakładzie leczniczym niepoczytalnego lub rozporządzającego poczytalnością zmniejszoną albo rozciągnięcie nad nim opieki w zakładzie opiekuńczym, sąd zawiesza wykonanie kary, zarządza umieszczenie w zakładzie i poleca władzom administracyjnym wykonanie zarządzenia. Sąd powołuje rzeczoznawców.

Par. 18. Jeżeli ustała przyczyna, która spowodowała zawieszenie kary nad rozporządzającym poczytalnością zmniejszoną, sąd rozstrzyga, czy i w jakim wymiarze kara ma być jeszcze zastosowana. Sąd powołuje rzeczoznawców".

Powinniśmy przy tym projekcie trwać i nie godzić się na żaden inny, nawet na ten, który w drodze psychjatrycznego kompromisu opracowaliśmy na Zjeździe w Poznaniu. Uprawnia nas do tego formalnie nieuwzględnienie przez Sekcję prawa karnego K.K. naszych postulatów, zgłoszonych na Zjeździe i fatalna ze stanowiska psychjatrycznego redakcja, zaproponowana w projekcie przygotowawczym, a również wadliwość samej metody psychjatryczno-psychologicznej.

W myśl założeń powyższych, składam wniosek następujący:

Zjazd uchwala zgłosić do Sekcji prawa karnego Komisji Kodyfikacyjnej, do Rządu (Ministra Sprawiedliwości), do Sejmu (sejmowej Komisji Kodeksowej) wniosek o poddanie rewizji ustępów projektu przygotowawczego Sekcji Prawa Karnego Komisji Kodyfikacyjnej, dotyczących niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej i o uwzględnienie przy ostatecznej redakcji Kodeksu poprawek, wniesionych przez psychjatrów.

Wykonanie uchwały i wskazanie rzeczoznawców psychjatrycznych polecił Zjazd Zarządowi Głównemu Towarzystwa.

DYSKUSJA.

Dr. **Bielawski:** W paragrafie projektowanej ustawy jest wyraz „głęboko zamroczony". Projektodawca przez wyszczególnienie tego stanu chorobowego pragnął widocznie dać określenie ogólne dla wszystkich przemijających i krótkotrwałych zaburzeń świadomości, które bez szczególnego wyodrębnienia i zaakcentowania w paragrafie, mogłyby stać się źródłem nieporozumień pomiędzy przedstawicielami sądu a znawcą. Minimalny bowiem okres trwania tych stanów w porównaniu do pozostałego życia psychicznego osobnika, w którem objawy chorobowe psychiczne nie istnieją wcale lub przynajmniej nie imponują jako takowe, — nie robią na niewtajemniczego wrażenia choroby i wymagają przeto omówienia.

Z drugiej jednak strony przez wyraz „głęboko zamroczony", nie ujmuje się bynajmniej wszystkich „stanów przemijającej chorobowej zmiany świadomości", jak to: zamglenia świadomości, tak zwanego zamroczenia orjentowanego, odurzenia patologicznego itp. Również nasilenie tych stanów chorobowych („głębokie czy powierzchowne") nie decyduje bynajmniej o stopniu zdolności pokierowania czynami, gdyż zależy ono od szeregu innych motywów natury psychopatologicznej decydującej od przypadku do przypadku o odpowiedzialności karnej.

B. proponuje przeto w § 14 legis ferendae zwajcarskiej z roku 1908 wyraz „głęboko zamroczony“ zastąpić wyrazem „znajdował się w stanie przemijającej chorobowej zmiany świadomości“, Pojęcie ostatnie jest dostatecznie szerokie i mieści w sobie wszystzie omawiane momenty chorobowe. W psychopatologji polskiej jest ten termin dostatecznie utarty.

Dr. **Nelken:** Jest za formułą mieszaną, przeciw formule klinicznej ze względów ogólnych i praktycznych. Aczkolwiek formuła kliniczna jest dobrą, społeczeństwo nasze ze względów na małe wyrobienie lekarzy biegłych sędziów do niej nie dorosło Może na za tem dawać powód do nieżporuzumienia i będzie mniej zrozumiałą dla elementów społecznych w sądzie (przysięgłych). Legi ferendae szwajcarskiej ma do zarzucenia, że krzywdzi ona psychopatów ciężkiego stopnia, poniewanie można ich podciągnąć pod paragraf o niepoczytalności zupełnej. Dalej, nie oddziela ona niepoczytalności zmniejszonej od okoliczności łagodzących wówczas, kiedy niepoczytalność zmniejszona powinna być traktowana jakościowo oddzielnie, ponieważ daje się podciągać pod formułę mieszaną.

Ze względów praktycznych nie jest wskazanem, aby V-ty Zjazd zmieniał zasadniczo stanowisko II-go Zjazdu. Komisja Kodyfikacyjna, która nie dała sobie rady z formułą mieszaną, nie da sobie tembardziej rady z formułą kliniczną.

Major **Skrzywan:** Przy kodyfikacji kodeksu prawnego, a specjalnie artykułu o niepoczytalności, należy zwrócić uwagę, że artykuły te muszą być pisane w sposób przemawiający nietylko do sędziego zawodowego, lecz również do sędziego laika; z tego powodu należy unikać sprzeczności pojęć, czem właściwie jest połączenie człona psychjatrycznego z członem psychologicznym, należy pozostawić jeden tylko człon; pozostaje tylko otwartą kwestją, który.

Dyr. Dr. **Piotrowski:** Polski projekt legis ferendae nie jest przyjęty i zatwierdzony przez Sejm i znajduje się jeszcze w stanie opracowania. Dopóki stan ten trwa, dopóty zmiany i poprawki w projekcie ustawy są dopuszczalne i wskazane.

Nie jest ujmą dla prestiżu psychjatrów, że myśl psychjatryczna się rozwija i że psychjatrzy dążą do tego, ażeby myśl ta znalazła poprawną interpretację. Że metoda mieszana psychjatryczno-psychologiczna nie jest polecenia godna, starałem się wykazać na Zjeździe Lwowskim w moim referacie: P a r a n o i a i p o c z y t a l n o ś ć. Usiłowania Doc. Dr. R a d z i w i ł ł o w i c z a, zmierzające do zastąpienia metody mieszanej formułą psychjatryczną, zasługują na poparcie.

Dr. **Bednarz:** Zaznacza, iż pranoia jest chorobą wykluczającą należyte zrozumienie znaczenia czynu występnego przez siebie dokonanego, pomimo formalnie poprawnego rozumowania chorego. Nie analizując ani krytykując narazie formuły szwajcarskiej legis ferendae, zaznacza niepraktyczność obniżenia powagi zjazdów na zewnątrz wskutek częstych zmian swoich tez, tak ważnych, jak sprawy dotyczące poczytalności. Dla tego proponuje przed powzięciem uchwały zaznajomić się z autentycznem brzmieniem: 1) formuły poznańskiej, 2) wcielenia jej w lex ferenda polonica, 3) lex ferenda szwajcarska. Oponent przestrzega przed zbyt postępową formułą, która nie znajdzie w życiu codziennem odpowiednich wykonawców ani wśród lekarzy ani prawników, co będzie połączone z wielką szkodą dla wymiaru sprawiedliwości i proponuje energicznie poprzeć formułę uchwaloną w Poznaniu i poczynić odpowiednie zmiany w lex ferenda polonica.

SŁOWO KOŃCOWE.

Doc. Dr med. **Radziwiłłowicz:** Podniosę tylko rzeczy zasadnicze. Metodę mieszaną uważam za zasadniczo wadliwą. Przykład paranoi przytoczyłem tylko exempli modo. Metoda mieszana jest mieszaną tylko pozornie. W rzeczywistości jest to metoda psychologiczną, do której przyfastrygowano człon psychjatryczny, nie wywierający żadnego wpływu na rozstrzygnięcie. Z przemówienia majora S k r z y w a n a czerpię otuchę, że uda mi się przekonać prawników, że psychjatryczna metoda nie jest tak bardzo nie do przyjęcia, za jaką uchodzi. Dopóki kodeks nie został uchwalony w ostatniej instancji, którą jest sejm, jest czas, a nasz obowiązek, obstawać przy tem, co uważamy za słuszne. Chodzi tylko o to, żebyśmy potrafili stanowisko nasze dostatecznie gruntownie uzasadnić i w tem tkwi jądro sprawy, dla tego zagadnienie to podniosłem tutaj i dalej będę je prowadził

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

PRZYCZYNEK DO LECZNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO.

wygłosił

Aleksander Piotrowski.

W żadnej dziedzinie lecznictwa nie spotykamy tyle trudności, co w lecznictwie psychjatrycznem; do leczenia somatycznego dochodzi jeszcze psychoterapja, od której w główne mierze zależy wynik kuracji.

Choroby psychiczne są wyrazem zachorzenia mózgu. Pierwszem zadaniem terapeutycznem przeto powinno być dążenie do uchronienia mózgu od szkodliwych wpływów zewnętrznych i wewnętrznych. Chory mózg przedewszystkiem potrzebuje ochrony tak jak każdy inny narząd w stanie zachorzenia.

Czynności mózgu należy zatem ograniczyć do minimum i skierować je w stronę najsłabszych pobudek. Bodźce podniecające bowiem powodują chorego do większych wysiłków.

Chodzi tylko o drogę właściwą, na którą wyładowania chorego wypadałoby sprowadzić Jaką drogę obrać, najłatwiej dowiedzieć się możemy z wywiadów zebranych z pacjentem. Przy ustaleniu terapji psychjatrycznej wywiady mają wybitne znaczenie.

Trzeba mieć na uwadze także tę okoliczność, że — jak już S c h ü l e słusznie zauważył — nie leczymy tylko samej choroby psychicznej wzgl. mózgu chorego, lecz mamy do czynienia z chorym człowiekiem, z chorą osobowością. Przed nami nie prezentuje się melancholja, manja, porażenie postępujące, lecz melancholik, manjak, paralityk. Z tego założenia wypływa obowiązek subtelnego indywidualizowania.

Przyczyny zachorzenia psychicznego są nader złożone. Należy je poznać i usunąć wzgl. osłabić i zniweczyć szkodliwy ich wpływ na chorego.

Odnośne zabiegi dają się przeprowadzić łatwiej w zakładzie psychjatrycznym niż w domu prywatnym, albowiem w zakładzie warunki lecznicze są pomyślniejsze, korzystniejsze, a system no-restraint gwarantuje najwzględniejsze traktowanie chorych.

Jednakowoż niektóre urządzenia w zakładach psychjatrycznych i metody terapeutyczne, przy dokładniejszem ich rozpatrzeniu, wywołują wątpliwości co do racjonalności pewnych systemów leczniczych.

Leczenie psychjatryczne opiera się na praktyce ustalonej w ubiegłych 30 latach i polega nieraz na tem, że chorych trzyma się za kratami i murami, niespokojnych, niebezpiecznych izoluje się, pacjentów zaczepnych, skłonnych do wyładowań gwałtownyh, ubiera się w kaftany, maski, rękawice skórzane, przywiązuje do łóżka osiatkowanego.

Z łagodniejszych sposobów leczenia wypada wymienić następujące: przetrzymywanie chorych przez dłuższy okres czasu w łóżkach, stosowanie kąpieli prolongowanych, zawijania, zastrzykiwania skopolaminy i morfiny, masowe rozdawanie środków chemicznych na uspokojenie i na sen.

Wyszczególnione sposoby leczenia mają niejedną stronę dodatnią, ale także wiele cech ujemnych, które przemawiają dość głośno przeciw stosowaniu tych metod. Warto zatem choć pobieżnie zastanowić się nad negatywną stroną poprzednio określonej terapji.

Kraty i mury już z daleka cechują zakład psychjatryczny jako więzienie, nadają mu wygląd ponury, odstraszający, a bynajmniej nie stanowią przeszkody dla niebezpiecznego chorego pragnącego wydostać się na wolność; zgrabny, silny, gimnastycznie wyrobiony osobnik znajdzie sposób opuszczenia zakładu drogą nielegalną, w potrzebie przeciśnie się przez kraty, przeskoczy mur.

Pacjenci ze zdolnościami akrobatycznemi należą jednakże do wyjątków. Większość internowanych, to osoby psychicznie albo cieleśnie niezaradne, niedołężne, które ostoją się w zakładzie z własnej potrzeby, bez krat i bez murów; do sztuczek akrobatycznych im daleko. Kraty i mury zatem są niepotrzebne, zbyteczne. Ażeby uniemożliwić jednej osobie samowolne oddalenie się, nie wypada całe rzesze chorych trzymać w otoczeniu przypominającem wyglądem zewnętrznym więzienie.

Wrażenie więzienia robią także izolatki przeznaczone do izolowania gwałtownych, niebezpiecznych, niesocjalnych chorych z zapędami niszczycielskimi i skłonnych do zaczepiania otoczenia.

Pacjent odczuwa izolację zwykle jako karę niesłuszną, jako niesprawiedliwość, w izolowaniu widzi gwałt, ograniczenie swobody osobistej, z tego powodu rozdrażnia się jeszcze więcej, nastraja się nieprzyjaźnie do lekarzy i pielęgniarzy, w których upatruje wrogów, dozorców więziennych, a zakład uważa za więzienie.

Chory przebywający czas dłuższy w izolacji, zatraca łatwo przymioty towarzyskie i społeczne, zaniedbuje się i dziczeje, tępieje psychicznie; albowiem brak bodźców, któreby pobudzały jego umysłowość do nowych kojarzeń wyobrażeniowych. Izolowanie wpływa ujemnie na stan cielesny izolowanego, zawiera w razie dążności samobójczych chorego niebezpieczeństwo dla jego życia. Przeprowadzenie wzburzonego, opornego pacjenta do izolatki łączy się z przymusem i nieraz może być uskutecznione tylko przy użyciu przemocy. Wszystko to działa demoralizująco na chorego, na służbę i otoczenie.

Lekarz, ordynujący izolowanie wzburzonego chorego, powinien pamiętać o tem, że izolowanie, aczkolwiek przynosi ulgę i spokój otoczeniu, nie jest pożyteczne dla pacjenta, powinien sobie także stawić pytanie, czy izolacja raz zaordynowana nie będzie musiała być kontynuowana przez czas dłuższy ze szkodą dla izolowanege; chory nie zawsze uświadamia sobie, że postępowaniem antyspołecznem sam spowodował izolowanie.

Uwzględniwszy momenty wyszczególnione dochodzi się do wniosku, że izolowanie nie przedstawia wartościowej metody uspakajania wzburzonych chorych.

Błędnem atoli jest mniemanie, że izolatkę można zastąpić łóżkiem osiatkowanem, kaftanem, maską, rękawicami skórzanemi. Pacjent w łóżku osiatkowanem, w kaftanie, w masce, rękawicach skórzanych obniża poziom socjalny całego oddziału, wpływa ujemnie na innych chorych i na personał. Na oddziale, wśród pacjentów drażliwych, powstaje zło wrogie napięcie nastrojów, wyładowujące się przy pierwszej sposobności w czynach gwałtownych, skierowanych przeciw personałowi, co prowadzi znowu do stosowania przymusowych ograniczeń mechanicznych. W ten sposób ustala się istny circulus vitiosus.

Sytuację łagodzi łóżko, zwykłe, otwarte, na ogólnej sali, aczkolwiek i ono ma swoje cechy ujemne.

Nie każdy bowiem chory wzburzony uspakaja się w łóżku. Pacjent niespokojny, ruchliwy, skłonny do wyładowań motorycznych, zdziera koszule, biega nago po sali, molestuje towarzyszy, przeskakuje z łóżka na łóżko, co zwłaszcza zimą nieraz prowadzi do zaziębienia, do zapalenia płuc, do śmierci pacjenta. Kobiety w łóżku często podniecają się seksualnie.

Z drugiej strony długotrwała bezczynność, stały bezruch osób psychicznie zahamowanych osłabia narządy krwionośne, które później, w chwili niepokoju ruchowego, przy nadmiernym wysiłku mięśniowym wypowiadają posłuszeństwo. Wentylacja płuc staje się powierzchowna, płuca z tego powodu osłabiają się i ulegają łatwo zachorzeniu gruźliczemu.

Trawienie, przemiana materji, procesy odżywcze w tkance nie odbywają się prawidłowo. Ciepłota wytwarzana pod pierzyną pobudza chorego do masturbacji, do wiercenia palcem w odbytnicy; halucynacje czuciowe przybierają na nasileniu.

Chory przebywający długie lata w łóżku (15 lat dawniej nie należało do wyjątków) staje się wygodnym, leniwym, zniewieściałym, przyzwyczaja się do łóżka i opuścić go nie chce, z czasem traci kontakt z otoczeniem, nie interesuje się wydarzeniami w świecie zewnętrznym, tępieje, a w miarę tępienia przyswaja sobie narowy antyspołeczne, zaniedbuje się, obojętnieje, plami bieliznę rozlewaniem potraw na pościel, zanieczyszcza się moczem i kałem, smaruje krwią, z powodu nieczystości choruje na choroby skórne, przeważnie na furunkuły, wreszcie pojawiają się u niego odleżyny.

Przetrzymywanie pacjenta w łóżku jest poniekąd odmiennym typem izolacji, przedstawiającej się w postaci łagodniejszej.

Nie zawsze też działa uspakająco kąpiel prolongowana Stwierdza się często, że oporny pacjent w rozdrażnieniu wyrzuca wodę na wszystkie strony, oblewa pielęgniarzy, usiłuje gwałtem wydostać się z wanny. Stąd wyłania się walka między kąpanym a służbą na niekorzyść pacjenta, który w końcu ulega przemocy i pozostaje w wannie z konieczności pod ściślejszym jeszcze dozorem kilku pielęgniarzy oderwanych od innych obowiązków. Taka kąpiel nie przynosi pożytku, przeciwnie, wysiłek mięśniowy z powodu mocowania się ze służbą osłabia chorego. Naszem dążeniem powinno być oszczędzać siły fizyczne pacjenta, pożerane w znacznym stopniu przez chorobę samą.

Nonsensem zatem jest przetrzymywać niespokojnego chorego wbrew jego woli przez kilka lub kilkanaście godzin w kąpieli, albo przemocą kłaść do wanny przerażonego pacjenta z halucynacjami wzrokowemi, zwidującego w wodzie węże, żmije, ropuchy i różne wstrętne robactwo. W takich razach o skutecznem leczeniu mowy być nie może.

Poniekąd kąpiel naraża kąpanego na niebezpieczeństwo życia, albowiem może ułatwić samobójstwo przez utopienie, sprowadzić śmierć w napadzie epileptycznym, paralitycznym, apoplektycznym, może powodować omdlenie, zapad, gdy woda jest zbyt gorąca.

Wskutek nieuwagi personału może się zdarzyć poparzenie chorego przy dolewaniu gorącej wody do wanny, albo przeziębienie się w kąpieli zbytnio ochłodzonej.

U niektórych osób z wrażliwą skórą następuje wskutek przedłużonej kąpieli maceracja naskórka, co sprawia choremu niepotrzebne dolegliwości. Obok prolongowanych kąpieli bywają zalecane zawijania. Całkowite zawinięcie przedstawia odmienny typ kaftana, tylko jeszcze przykrzejszy, bo ubezwładnia w większej mierze niż kaftan, przy tem hamuje oddech wywołując przykre uczucie duszności i lęku. Dla osoby z silnym niepokojem ruchowym zawijanie na kilka godzin jest szkodliwe, albowiem chory usiłujący się wydostać z krępujących więzów, wysila się coraz więcej, ażeby rozluźnić zawinięcie, wyczerpuje się i zapada na siłach.

W przypadku nagłym, gdzie chodzi o szybkie uspokojenie wzburzonego, gwałtownego chorego, stosuje się często zastrzyki skopolaminy wzgl. morfiny, w depresji opium. Skopolamina i podobne środki działają usypiająco i przedstawiają rodzaj chemicznego kaftana, a jako trucizny o silnej toksyczności stanowią niebezpieczeństwo dla życia, mianowicie u osób ze słabem sercem. Zastrzyki powodują nieraz bolesne ropnie sprawiające choremu dużo przykrości.

Przy ordynowaniu środków chemicznych zachodzą nadużycia, albowiem podaje się takowe zbyt pohopnie w dużych ilościach. Znam zakłady, gdzie starszy pielęgniarz z wielką butelką usypiającego płynu co wieczór obchodzi oddziały i rozdaje pokaźne porcje między pacjentów na noc. Jako młody asystent musiałem wydawać z apteki zakładowe na oddziały środki hypnotyczne litrami i całe pudełka proszków nasennych.

Należy mieć na uwadze, że środki, o których mowa, nietylko są szkodliwe dla organizmu—trional, sulfonal działają szkodliwie na nerki, chloralhydrat i hyoscyna wywierają ujemny wpływ na serce, weronal na obwodowe naczynia krwionośne, — lecz nieraz wywołują one nowe objawy chorobowe, np. halucynacje, stany deliryczne. Chorzy przyzwyczajają się łatwo do leków i dla tego dawki stopniowo muszą być zwiększane.

Pacjent zażywający przez dłuższy czas nasennik, uzależnia się od środka i później bez niego usnąć nie może.

Działanie tych remedjów jest wręcz szkodliwe w niepomyślnych warunkach izolacji. Błądzi, kto mniema, że czas izolowania można skrócić za pomocą nasenników, albo że środkiem hypnotycznym można zastąpić izolację. Przeciwnie, częste podawanie nasenników wywołuje stany wzburzenia, które wprost domagają się izolacji chorego.

Jeżeli w niektórych zakładach wszystkie izolatki są zajęte, to nie czasem „mimo licznych środków hypnotycznych“, lecz przeciwnie wskutek nadużywania ich.

Im mniej narkotyków, tem mniej artefaktów wymagających odosobnienia pacjenta i na odwrót, im mniej artyfaktów wytwarzamy przez izolowanie, tem rzadziej pojawia się potrzeba podawania środków uspakajających.

Szematyczne, masowe rozdawanie narkotyków bynajmniej nie sprowadza na oddziałach pożądanego spokoju ani snu. Natomiast stwierdzamy nieraz, że chory mimo lekarstwa na drugi dzień znajduje się w gorszym stanie psychicznym niż dzień przedtem.

Lekarz zapisujący lek, powinien sobie zadać pytanie, czy niema innej możliwości uspokojenia chorego, czy podawszy raz lekarstwo, nie będzie musiał jutro, pojutrze itd. uczynić tego samego.

Wyszczególnione poprzednio ujemne cechy leczenia stosowanego jeszcze tu i owdzie obniżają wartość terapji psychjatrycznej. W obecnych czasach przedmioty tego rodzaju, co łóżko osiatkowane, kaftany, maski, rękawice skórzane, nie powinny znajdować się w nowoczesnym zakładzie psychjatrycznym. Można stanowczo twierdzić, że gdy takie rzeczy zabrakną, nie będzie sposobności do ich stosowania. Obecność przyrządów do mechanicznego ograniczania na oddziałach pobudza personał do robienia z nich odpowiedniego, a częściej jeszcze nieodpowiedniego użytku. Natomiast, gdy środki te trzeba dopiero im-

prowizować, wtedy użycie ich staje się utrudnionem, uciążliwem, niemożliwem, z tego powodu rzadszem,

Każdy przymus z użyciem przemocy powinien być z zasady wykluczony, albowiem zwalczanie siłą oporu chorego szkodzi obu stronom, choremu i personałowi, mianowicie choremu szkodzi to znacznie więcej niż zaniechanie kuracji.

Wyjątek stanowi przymus przy karmieniu zgłębnikiem w celach uchronienia chorego od śmierci głodowej. Sposób ten należy stosować tylko wtedy, gdy inne metody sztucznego odżywiania zawiodły.

Rozumowania poprzednie były powodem do zmodyfikowania systemu postępowania w Dziekance.

Krat nie ma już od 4 lat. Mury znikają stopniowo, bez ujemnych skutków dla wewnętrznego porządku w zakładzie, izolatki zostały zniesione, częściowo przerobione na mieszkania dla młodszego personalu, częściowo przemienione na osobne pokoje dla pacjentów drażliwych pragnących odosobnienia. Na wyraźną prośbę chorego, że życzy mieszkać oddzielnie, pozwala się na używanie dawniejszej izolatki.

Chorych izoluje się tylko ze względów cielesnych w chorobach zaraźliwych.

Przyrządy służące do mechanicznego ograniczenia, jak łóżko osiatkowane, kaftany, maski, rękawice skórzane, nie istnieją. Młodszy personał pielęgniarski nie zna tych rzeczy nawet z opowiadania.

Do łóżka otwartego kładziemy pacjentów osłabionych, wycieńczonych, cierpiących na ciężką chorobę somatyczną t. z. łóżko ordynujemy ze względów cielesnych.

Natomiast względy psychjatryczne tylko wyjątkowo stanowią wskaźnik do trzymania chorego w łóżku, np. gdy wzburzonego manjaka nie można uspokoić inaczej jak w łóżku, gdy melancholik z silnym lękiem w łóżku doznaje ulgi w swoich cierpieniach, gdy paralitik w okresie napadów okazuje skłonności do stanów paralitycznych itp.

Tem się tłomaczy niski stan chorych obłożnie. Przed 5 laty dziennie leżało mniej-więcej 250 pacjentów w łóżku, przeważnie z powodów psychjatrycznych, ca. 40 chorych zanieczyszczało się moczem i kałem i psuło powietrze na oddziałach, cały szereg pacjentów miał odleżyny.

Dziś obłożnych mamy 10 pacjentów cieleśnie chorych, a tylko jedna osoba leży z przesłanek psychjatrycznych. To też zanieczyszczań i odleżyn niema, powietrze na oddziałach jest czyste. Jeżeli wyjątkowo pojawią się odleżyny, to pochodzą one od chorego nowo przyjętego, który odleżyny przyniósł do zakładu. W kąpieli prolongowanej następuje wnet zagojenie rany odleżynowej

W zachorzeniach cielesnych chętnie posługujemy się kąpielą, natomiast rzadko w psychozach, mianowicie nie używamy kąpieli trwających kilka lub kilkanaście godzin. Przymusu do kąpania niema nawet wtedy, gdy chodzi o względy czystości. Wystarczy, gdy pacjent oporny wobec kąpieli, umyje ciało albo wytrze się mokrym ręcznikiem lub weźmie natrysk. Doświadczenie pokazało, że pacjent nie używający kąpieli przez 3 tygodnie, w następnym czasokresie domaga się jej częściej. Przy odpowiednich wskazaniach stosujemy częściowe zawijania, działające skutecznie w newrozach, w psychonewrozach, w lekkich depresjach, natomiast zawijań nie stosujemy u opornych chorych niespokojnych,

Najdalej posuniętą wstrzemięźliwość przestrzegamy w ordynowaniu środków chemicznych z przesłanek psychjatrycznych. Dawno już minęły czasy, gdy jako asystent, wołany na oddział, zabierałem odruchowo z sobą puszkę zawierającą watę, strzykawkę i flakoniki z alkoholem, skopolaminą, morfiną, opium, ażeby zastrzyknąć z reguły skopolaminę choremu niespokojnemu, morfinę bezsennemu, opium przygnębionemu

Ten sposób uspakajania chorych nie obowiązuje więcej w Dziekance.

Rzadko ordynujemy środki nasenne.

Wychodzimy bowiem z założenia, że dorosła zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu. Wobec tego chory z ostrą psychozą, śpiący bez nasennika 4 godziny, nie potrzebuje brać na sen, albowiem krótki sen naturalny jest więcej wart, niż kilkanaściegodzinny sen sztuczny.

Rejestrujemy dokładnie tych chorych, którzy sypiają mniej niż 4 godziny i obserwujemy skrupulatnie dalszy przebieg tej częściowej bezsenności. Okazuje się, że chorzy częściowo bezsenni sypiają nieregularnie, po 2 godziny, 3, 4, 5 godzin i więcej. Pacjentom owym nie zapisujemy środków hypnotycznych.

Gdy jednak rejestr wykazuje trzy noce następujące po siebie, w których chory nie spał wzgl. sypiał mniej niż po 4 godziny, wtedy podajemy nasennik w dużej dawce na raz, przeważnie O, 9 gr. nirwanolu[1]).

Pacjent potem śpi spokojnie, jeżeli nie w pierwszy nocy, to z pewnością w drugiej. Następuje okres regularnego albo nieregularnego snu. W najgorszym razie noce bezsenne pojawiają się sporadycznie, już nie gromadnie. W przeważającej ilości przypadków uporczywej bezsenności wystarczy jednorazowa duża dawka nirwanolu do wywołania snu na dłuższy okres czasu.

Segregacja chorych bezsennych przeprowadzona w sposób co dopiero nakreślony wykazuje okresy kilka-tygodniowe, w których nie zaordynowano ani razu środka nasennego i sporadycznie występujące kilka-dniowe czasokresy, w których zapisywano po jednej, po dwie, po trzy porcje nasennika, nie więcej.

Przed 4 laty w Dziekance rozdawano dziennie około 200 porcji nasenników, niektórym osobom przez wiele miesięcy; dzisiaj tego się nie robi.

Szczegółowa rejestracja chorych z zaburzeniami snu wykazuje, że mężczyźni potrzebują naogół rzadziej środki hypnotyczne niż kobiety. Fakt ten przypisuje się okoliczności, że mężczyźni przebywają przeważnie na świeżem powietrzu i są ruchliwsi przy pracy, do snu kładą się zmęczeni i śpią lepiej. Kobiety zaś siedzą w domu zatrudnione robótkami ręcznemi jak szycie, heklowanie, naprawianie bielizny, klockowanie.

Doświadczenie ostatnich lat pokazało, że nasenniki w ogólności są zbyteczne.

Ograniczenia w stosowaniu niektórych sposobów leczenia w Dziekance bynajmniej nie są wyrazem nihilizmu terapeutycznego, bo stronie negatywnej lecznictwa możemy przeciwstawić wartości pozytywne pod następującymi tytułami:

1. Ograniczona terapja fizykalno chemiczna.
2. Obfite odżywianie chorych.
3. Systematyczne wychowanie chorych do pracy.
4. Psychoterapja.

Po usunięciu różnych rzeczy niepotrzebnych, po rozpatrzeniu całego szeregu środków leczniczych pod kątem widzenia wartości klinicznej, przeprowadzono konsekwentnie zasadę: nie szematyzować, lecz indywidualizować. Metod poprzednio omawianych nie stosuje się już więcej w rozmiarach dawniejszych, lecz w wyjątkowych razach, w odpowiednich wskazaniach z uwzględnieniem właściwości indywidualnych i korzyści terapeutycznych.

Terapja fizykalno-chemiczna tedy nie jest respektowana z tym sentymentem co dawniej, natomiast stosowana bywa ze staranniejszym wyborem; nie przyznaje się jej dominującego stanowiska.

Jako nader ważny czynnik terapeutyczny uważamy dobre odżywianie chorych pokarmym treściwym i obfitym.

Dobre odżywianie niemało przyczynia się do uspokojenia pacjentów; wiadomo, że osobnik z napełnionym żołądkiem jest wygodny, leniwy, łaknący spoczynku, spokoju. Strawny pokarm, podawany w dostatecznej ilości, podtrzymuje siły chorych ruchliwych, podnosi ogólny stan odżywienia w depresji i histerji, wpływa dodatnio na przebieg choroby, w psychozach z wycieńczenia usuwa przyczynę choroby, w psychozach intoksykacyjnych i w porażeniu postępującem reguluje przemianę materji, przyspiesza wydzielanie substancji toksycznych.

Jak świadczą następujące cyfry określające wartość pożywienia w kalorjach, odżywianie chorych w Dziekance można nazwać obfitem. W roku ubiegłym porcja dzienna w I. klasie dawała 5000—5600 kalorji, w kl. II. 4000 - 4700 kal, w kl. III. przeciętnie 4000 kal. Ponieważ władza przełożona monitowała zbyt wygórowane koszty odżywiania pacjentów, które w Dziekance były najwyższe, musiałem zredukować porcje. Obecnie podaję w I. kl. 4000—5000 kal., w II. kl. 3000—3300 kal., w III. kl. 3000 - 3265 kal. Prof. Lüthje i prof. Pfeiffer zaznaczyli w dziele zbiorowym prof. Grobera „Das deutsche Krankenhaus“, że dla pacjenta nieczynnego dostatecznem pokarmem jest porcja dająca 2100—2800 kalorji

[1]) W r. 1916 wprowadziłem nirwanol do praktyki klinicznej pod tymczasową naswą hydantoiny jako nasennik skuteczny i nieszkodliwy. Al. Piotrowski: Über Hydantione als Hypnotica, Münch. Med. Wehschr., 1916, Nr. 43, Verlag von J. F. Lehmann i. München.

Mimo redukcji, ilość pokarmu w Dziekance przewyższa normę zwykłą.

Rozumie się, że postulaty djetyczne bywają uwzględnione

Pacjenci dobrze odżywiani chętniej pracują w gospodarstwie zakładowem.

A p r a c a jest najskuteczniejszym środkiem do utrzymania chorych na możliwie wysokim poziomie socjalnym. W psychozach chronicznych zajęcie stanowi suwerenny sposób leczenia i wychowania chorych. W ostrych stanach zachorzenia psychicznego zatrudnienie pacjenta przyczynia się nieraz do złagodzenia objawów chorobowych.

To też na terapję roboczą kładziemy silny nacisk. Przed 5 laty w Dziekance było zajętych tylko 38% chorych, dzisiaj jest ich 95%.

Rozróżniamy trzy rodzaje zatrudnienia 1. Zajęcie produktywne, t, j. użyteczna praca domowa, ogrodowa, rolna. warsztatowa.

2. Zajęcie luksusowe, podejmowane dla przyjemności; do tej kategorji należy: malarstwo, fotografowanie, rzeźbiarstwo muzyka, lektura, gra towarzyska.

3. Zatrudnienie nieproduktywne jak skubanie lub darcie szmatów odkażonych przeznaczone dla osób niedołężnych, niezdolnych do innej pracy, otępiałych, pomieszanych.

Zatrudnienie chorych zasługuje na uwagę nietylko z przesłanek psychjatrycznych, ale też ze względów hygjenicznych i ekonomicznych.

P s y c h j a t r a ma do uwzględnienia następujące momenty.

Zajęcie odwraca uwagę chorego od zewnętrznych bodźców podniecających wzruszeniowość i odsuwa sposobność do zatargów z towarzyszami, ułatwia zignorowanie własnych dolegliwości w postaci halucynacji, urojeń, smutku, troski, łagodzi nastrój.

Zatrudnienie uspokaja egzaltowanego chorego, nadając kierunek jego zapędom, modyfikując i łagodząc dążności niszczycielskie i zaczepne, odwodzi od narowów obrzydliwych jak smarowanie moczem, kałem, krwią, ździeranie ubrania i bielizny, odwraca od masturbacji.

Praca na świeżem powietrzu, w ogrodzie, w parku, na dziedzincu, na roli wychowuje chorego, wprowadzając go w środowisko przyjemniejsze, dając mu sposobność do robienia spostrzeżeń w różnych dziedzinach zmysłowych i umożliwia, o ile podstawa anatomiczna życia psychicznego nie jest zniszczona, przez to, co chory widzi, słyszy, czuje podczas zatrudnienia, odnowienie drogą przypominania, dawnych zapomnianych kojarzeń myślowych, wiadomości i sprawności umysłowych, pozwala na tworzenie nowych asocjacji realnych, na zbieranie doświadczeń, nabywanie zdolności pożytecznych w praktyce zawodowej, pobudza do prawidłowego myślenia, do odczuwania przyrody i zapobiega zanikowi władz psychicznych, które w nieczynności powoli ale stale zmniejszałyby się do minimum.

Praca fizyczna zastępuje środek hypnotyczny, bo sprowadza fizjologiczne zmęczenie i sen.

Ubogi uzdrowieniec w chwili opuszczenia zakładu może otrzymać za pożyteczną pracę pewne wynagrodzenie pieniężne, które mu ułatwi powrót do domu i uchroni go w pierwszych dniach przed troską o utrzymanie, co wpływa dodatnio na nastrój.

Z punktu widzenia h y g j e n i c z n e g o wypada nadmienić, że praca fizyczna na świeżem powietrzu podnosi czynności serca i płuc, reguluje trawienie i ciepłotę cielesną; zaziębienie pojawia się rzadziej.

Zatrudnienie chorych na dworze wyludnia pawilony. Nieliczni pozostali mają więcej powietrza na własny użytek, przebywają w korzystniejszych warunkach hygjenicznych

Ze stanowiska e k o n o m i c z n e g o należy uwzględnić następujące momenty. Zajęcie chorego przynosi dla zakładu materjalne korzyści pośrednie i bezpośrednie.

Niejeden chory podniecony z zapędami niszczycielskimi zabawiałby się wybijaniem szyb, łamaniem mebli, rozdzieraniem bielizny, pościeli i powodowałby znaczne straty, gdyby odpowiednie zajęcie nie zmodyfikowało jego zapędów i zużyło ich dla celów pożytecznych.

Praca fizyczna, sprowadzając sen, zastępuje środki nasenne i zmniejsza wydatki aptekarskie.

Pacjent — dawniej nieuniknione zło, z którem trzeba się było pogodzić, — nieużyteczny, pod wpływem systymatycznego wychowania do pracy, przekształca się w wartościowego pomocnika, pozwalającego siły swoje zużytkować dla potrzeb zakładu, co umożliwia redukcję personału i zmniejsza wydatki na służbę.

Z powodu zatrudnienia całego szeregu pacjentów na stanowiskach etatowych w Zakładzie, można było służbę pielęgniarską zredukować i odpowiednio do nowych warunków

i potrzeb zorganizować. Przed 4 laty stosunek ilościowy pielęgniarzy do chorych przedstawiał się jak 1 : 8, obecnie stosunek ten wynosi 1 : 11. Mimo znacznej redukcji personału w ostatnich 4 latach nie zaszedł żaden przypadek samobójstwa, żaden przypadek śmierci gwałtownej wskutek nieszczęśliwego wypadku jak utopienie w wannie, oparzenie lub t. p.

Wychowanie chorych na pożytecznych pracowników zmniejsza ilość pacjentów zakładowych, tem samem zmniejsza potrzebę budowy nowych zakładów.

Chronicy zaprawieni do pracy w polu mogą po opuszczeniu lecznicy powiększyć szeregi robotników w rolnictwie, gdzie brak rąk do roboty. Dla małorolnych nadarza się sposobność do zatrudnienia w gospodarstwie spokojnych chroników, zdolnych do robót rolnych. Za utrzymanie pacjenta gospodarz otrzymałby stosowne wynagrodzenie i miałby pomoc, wprawdzie nie pełnowartościową siłę roboczą, ale zato prawie nic nie kosztującą. Opieka rodzinna chroników kalkuluje się taniej niż opieka zakładowa.

Do osiągnięcia dodatnich wyników wychowania chorych przez systematyczne zatrudnienie dopomaga racjonalna **psychoterapja**, która reguluje wpływ odnośnego środowiska na nastrój pacjenta. Im więcej ono przypomina pomyślne warunki bytu z okresu przedchorobowego, ew. im więcej poziomem etycznym przewyższa dawniejsze stosunki domowe, tem więcej chory okazuje uspołecznienia i na odwrót tem mniej zachowuje się społecznie, im więcej położenie obecne warunkuje powstanie narowów niesocjalnych.

Chory powinien odczuwać, że kuracja w zakładzie jest dobrodziejstwem. Dobrodziejstwo jednak przestaje być dobrodziejstwem z chwilą, gdy usiłujemy je narzucić.

Chorego możemy łatwo pogodzić z losem, jeżeli mu jego położenie złagodzimy, jeżeli mu damy swobodę ruchów, rozumie się w granicach możliwości. Ponieważ chorzy mają wiele życzeń i pretensji, trzeba odróżnić życzenia wykonalne od niewykonalnych i pierwsze ze względu na drugie urzeczywistnić niezwłocznie.

Głośnych, drażliwych chorych, skłonnych do wyładowań gwałtownych, zaleca się omijać, ich wybuch gniewu i złości ignorować, przyczynę tych przejawów wzburzonej afektywności należy usunąć, wtedy najprędzej nastąpi uspokojenie.

Rozumnych pacjentów zaleca się zostawić bez dozoru, samodzielniejszym można powierzyć dozór nad innymi

Już **Esquirol** radził wybierać na pielęgniarzy zdolniejszych z wyleczonych pacjentów, wychodząc z założenia, że expacjenci mieliby więcej zrozumienia dla potrzeb chorych, gdyż, sami przechodzili podobne stany chorobowe.

O ile zabiegi psychjatryczne w przedmiocie wychowania chorych do pracy mają odnieść pożądane skutki, winne być indywidualnie dobierane. Nie każde zajęcie, nie każda czynność, nie każda praca odpowiada skłonnościom i dążeniom chorego Pracę należy przystosować do sił fizycznych i psychicznych pacjenta, wtedy przyniesie ona pożytek dla niego i dla zakładu.

Z chorym należy postępować otwarcie, szczerze. Nie odpowiada istocie psychoterapji praktyka ukrywania przed chorym zamiarów leczniczych. Może to mieć niepożądane następstwa w razie choroby somatycznej. Sposób jej leczenia powinien być ten sam, co u pacjenta psychicznie zdrowego Albowiem chory, gdy przypadkowo dowie się o potajemnych zabiegach terapeutycznych, gdy spostrzeże, że mu się podaje leki w sekrecie, wtedy straci zaufanie do lekarza i do pielęgniarza i utwierdzi się w swoich urojeniach, że go się usiłuje otruć.

Natomist, jeżeli postępowaniem naszem zdołamy przekonać chorego, że nie znajduje się w więzieniu, że o ile się zachowuje poprawnie i stosuje się do porządku zakładowego, może robić co chce, chory nabiera zaufania do zakładu i do jego urządzeń, czuje się dobrze, nie myśli o samowolnem opuszczeniu lecznicy, nieraz nawet wzbrania się wrócić do domu, gdy go rodzina pragnie zabrać.

Choremu należy wytłomaczyć, że mimo choroby może być zwolniony, skoro rodzina zechce go przeprowadzić w pielęgnację prywatną. Pacjenta w stanie polepszenia, domagającego się zwolnienia, zaleca się wypisać, a w każdym razie dopomóc mu do opuszczenia zakładu, albo w razie potrzeby skierować do innej lecznicy.

Rozumie się, że chorego nie potrzebującego opieki zakładowej, należy zwolnić nawet wbrew protestom rodziny. W przypadku remisji zaleca się na życzenie stron urlopować pacjenta, aby w razie nawrotu ostrej psychozy ułatwić mu powrót do zakładu.

Dawniej obawiano się zwolnić chorego przed zupełnem wyzdrowieniem. Dzisiaj wiemy, że wcześniejsze zwolnienie nieraz przyspiesza wyzdrowienie pacjenta. Odnośna praktyka stosowana w Dziekance w ostatnich latach, dotąd nie zawiodła; trzeba tylko przestrzegać ostrożność, ażeby nie popełnić omyłki prognostycznej. Zapobiedz można jej przez dokładną znajomość pacjenta.

Cenną pomoc w tym kierunku przedstawia współpraca doborowego, sumiennego, obowiązkowego, rozumnego, cierpliwego personału pielęgniarskiego, umiejącego dozorować chorych bez naprzykszania się i kierować nimi w sposób łagodny, taktowny. Pielęgniarz powinien znać i rozumieć intencję lekarza, powinien umiejętnie wykonywać jego ordynacje, powinien regularnie informować go, ustnie czy piśmiennie, o nastrojach, życzeniach, pretensjach, dążnościach, o zachowaniu się, wogóle o najdrobniejszych szczegółach przejawów psychicznych powierzonych mu pacjentów, t. z. powinien obowiązki swoje wypełniać ze znajomością rzeczy i ze świadomością odpowiedzialności ciążącej na nim.

Taki personał trzeba wychować.

W tym celu w Dziekance urządzono kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego z dwurocznym programem.

Reasumując w słowie końcowem wywody poprzednie, wypada zasnaczyć, że doświadczenie zebrane w praktyce szpitalnej ostatnich lat w Dziekance pokazało, że lecznictwo, psychjatryczne może obyć się bez całego szeregu tradycyjnych sposobów postępowania które przy głębszem rozpatrzeniu okazały się jako mniejwartościowe i zbyteczne. Niektóre formy lecznicze zostały częściowo porzucone, częściowo zmodyfikowane.

Mimo tych zmian w lecznictwie psychjatrycznem Zakładu w Dziekance stan rzeczy przedstawia się pomyślnie w sposób następujący:

1. Niepokój na oddziałach dla chorych niespokojnych nie jest większy niż był dawniej; przeciwnie, chorzy zachowują się na ogół spokojniej niż w okresie panowania izolatek, kaftanów i terapji chemicznej.

2. Bezsenność nie pojawia się częściej i nie jest uporczywsza i więcej rozpowszechniona niż była przed laty, kiedy prawie każdy pacjent na oddziale dla niespokojnych co wieczór dostawał obowiązkową dawkę na sen.

3. Niema artefaktów,

4. „ zanieczyszczań,

5. „ odleżyn,

6. „ samobójstw,

7. „ przypadków śmierci gwałtownej wskutek nieszczęśliwych wypadków,

8. Odsetka śmiertelności nie powiększyła się, lecz obniżyła się.

W r. 1917 śmiertelność wynosiła 31,8% Był to najfatalniejszy rok wojny.
W r. 1921 „ „ 13%.
W r. 1924 „ „ 6%.

Wobec tego wolno wnioskować, że system leczniczy stosowany od 4 lat w Dziekance nie pogorszył ogólnego stanu pacjentów, że stosunki wewnętrzne Zakładu poprawiły się.

DYSKUSJA.

Dr. **Stryjeński**; Racjonalna terapja przedstawiona przez Dyr. Piotrowskiego jest ideałem możliwym jedynie w zakładach nie cierpiących z powodu przepełnienia i nie mających złośliwych i kryminalnych psychopatów. Wynika stąd konieczność unormowania przenoszenia chorych z zakładów nie przepełnionych i zniesienie granic między - dzielnicowych.

Dyr. **Siwiński**: Łóżka siatkowe jako sposób krępowania należy używać w stanach zamroczenia świadomości u osobników silnych.

Zawijania w koce dla silnie podnieconych są wskazane, gdyż krótkotrwała walka z kocem mnie wyczerpie chorego, niż długotrwałe podniecenie motoryczne bez krępowania, szczególniej jeśli chory zaśnie

Rozdawanie leków może być uskutecznione tylko przez osoby upoważnione i odpowiednie, wtedy nadużyć nie będzie.

Płotów dla chorych nie stosujemy w Kochanówce, chorzy wychodzą do parku wprost przed pawilon nieogrodzony.

Rekrutowanie pielęgniarzy z pośród chorych nie jest wskazane; Kochanówka ma doświadczenie; podczas strajku zorganizowała bowiem wtedy pomoc z chorych już kilka lat uważanych za wyleczonych; chorzy wyleczeni mogą pracować w innych działach nieodpowiedzialnych. Na pawilonie nie jest to możliwe, ich występowanie lęka podnieconych chorych.

Dr. **Nelken:** No — restraint nie może być dogmatem. Pewien przymus musi być dostosowany do realnego stanu naszych zakładów psychjatrycznych, które ze względu na ilość przyjęć, konieczność przyjmowania elementów przestępczych, brak wyszkolonego personelu itd. zmuszone są odstępować od zupełnego „No — restraint". Środki przymusowe powinny być stosowane jedynie ze wskazania lekarskiego i również jedynie na każdorazowe zarządzenie lekarza.

Dr. **Bednarz:** Odczyt nieuwypakla, jakie środki powinny być usunięte, jakie zaś powinny być stosowane na zasadzie bezpośrednich wskazówek lekarza. Należało podkreślić, że tylko przez zwiększenie służby oraz jej poziomu można spowodować usunięcie krat i wysokich parkanów. Należy też pódkreślić, iż postępowanie z kobietami powinno różnić się od postępowania z mężczyznami. Nie podkreślono, iż indywidualizacja jest potrzebna i ważna, nie można obyć się bez systemu pościelowego, bez kąpieli i owijania jak również leków. Tylko powinne one być ograniczone do koniecznie niezbędnych i ordynowane przez samego lekarza.

Dr. **Wiendlocha:** Zaznacza, że jest dumnym że po krótkim pobycie we wrocławskiej klinice Bumckiego (którą musiał opuścić z powodów politycznych) mógł pracować około dziewięciu miesięcy w Dziekance. Podkreśla przykre wrażenie, jakie, po pobycie w Dziekance, przed dwoma laty odniół z zakładu rybnickiego, gdzie chorzy leżeli bez bielizny w słomie i kale na podłodze. Bardzo powoli udało mu się podźwignąć zakład.

Dr. **Bielawski:** Ruch w Dziekance jest dwa lub trzy razy mniejszy niż w zakładach wschodnich. Za to ilość lekarzy i personelu pielęgniarskiego jest tu również znacznie niższą. (3 — najwyżej 4 lekarzy).

Dr. Nelkenowi odpowiada, że izolowanie w wyjątkowych tylko przypadkach nie jest szkodliwe dla pacjenta (np. głębokie zamroczenie epileptyczne). W innych razach, gdy pacjent uświadamia sobie stosowaną doń przemoc, — urabia też w sobie wskutek tego wrogie nastawienie do personelu, innemi słowy dziczeje. Dla tego też między innem szkodzi izolatka również manjakowi, cierpiącemu zdaniem N. na plus kontaktu.

Dr. Bednarzowi odpowiada, że pomiędzy separatką, zakratowanem łóżkiem, a przymusowem trzymaniem pacjenta w pościeli, widzi różnicę li tylko ilościową.

Dr: **Zamecki:** Zwraca uwagę na to, że ilość lekarzy częściowo decyduje o indywidualnem traktowaniu chorych, jednakże więcej decydującą w tej sprawie jest ilość służby. Procent pracujących zależy od materjału chorych ostrych; podnieconych do pracy w żaden sposób się nie bierze. Podkreśla fakt znany mu, że chory podniecony nie nadawał się do Dziekanki.

SŁOWO KOŃCOWE.

Dyr. Dr. **Piotrowski:** Sposobem kol. Bednarza możnaby wszystko zakwestjonować, nawet własne istnienie. Gdyby kol. Bednarz śledził odczyt z należytą uwagą, nie byłby miał pretensji, które wypowiedział.

Nie było bynajmniej moim zamiarem dyktować Zgromadzeniu, jakie środki powinny być usunięte, jakie zaś powinny być stosowane, albowiem stawiłem sobie tylko skromne zadanie zareferowania o doświadczeniach terapeutycznych zebranych w Dziekance i uzasadnienia stanowiska naszego.

Nie należało zatem „podkreślić", w referacie, że tylko przez zwiększenie służby można spowodować usunięcie krat etc., bo właśnie przeciwnie, metoda stosowana w Dziekance pozwoliła na zredukowanie służby dziennej (dawniej stosunek ilościowy pielęgniarzy do chorych przedstawiał się jak 1 : 8, obecnie wynosi 1 : 11) i nocnej (zamiast 17 pielęgn. tylko 10) i spowodowała znaczne oszczędności tak, że Dziekanka w roku ubiegłym miała nadwyżkę dochodów nad rozchodami.

Samo się przez się rozumie, że postępowanie z kobietami jest odmienne od postępowania z męższyznami. Mimo zmniejszonej liczby lekarzy (zamiast 7 jest ich 4) stosujemy indywidualizację, co pódkreśliłem. Właśnie praktyka stosowana w Dziekance wykazała, że można się obyć bez systemu pościelowego, bez kąpieli prolongowanych, bez owijania, bez leków, że wystarczy, jeżeli się metody te ograniczy do wyjątku i stosuje tylko za ordynacją samego lekarza. Mamy w Dziekance różne typy chorych, także niebezpiecznych przestępców i kryminalnych psychopatów, którzy, gdzieindziej niespokojni, u nas się wnet uspakajają.

Co do przypadku cytowanego przez kol. Zameckiego wypada zaznaczyć, że sprawa nie została przedstawiona zgodnie ze rzeczostanem. Pacjent ów, pieniacz w stanie hypomanjakalnym, od pierwszej chwili był wrogo nastrojony do zakładu i nie chciał pozostać w Dziekance. W innym zakładzie chory napewno byłby izolowany, ewtl. w zakratowanem łóżku; w Dziekance miał swobodę ruchów. Ze względu na jego wrogie nastawienie do tutejszego personelu radziliśmy rodzinie, ażeby go umieściła w innym zakładzie, gdzie by może łatwiej się zaaklimatyzował. Wychodzimy bowiem z założenia, że zakład nawet z najlepszemi urządzeniami nigdy nie może zastąpić domu i nie należy zmuszać pacjenta do przebywania w jednym zakładzie, jeżeli istnieje możliwość przeprowadzenia chorego w inne otoczenie więcej przypadające do jego gustu

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyr. Prof. Dr. Mazurkiewicz.

LECZENIE PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO ZIMNICĄ.

wygłosił

Dr. B. Stępień.

Asystent Kliniki.

W Klinice Psychjatrycznej U. W. stosuje się zimnicę w leczeniu porażenia postpęującego od niespełna roku. Ogólna liczba przypadków szczepionych 32, dodatnich szczepień obserwowano 24, w 8 przypadkach zimnica nie przyjęła się, co stanowi 25 %, jest to dość znaczny odsetek w porównaniu z ujemnymi wynikami innych autorów. Z tych ośmiu na wzmiankę zasługuje jeden przypadek porażenia postępującego, w którym szczepienia zimnicy dokonywano cztery razy, za każdym razem z wynikiem ujemnym. W tym przypadku wkrótce potem rozwinęła się zdeklarowana gruźlica płuc. Czy nie mieliśmy do czynienia w tym przypadku z pewnym antagonizmem dwuch infekcji, przewlekłej gruźlicy i ostrej zimnicy, czy też z pewną odpornością na zimnicę?

Technika szczepienia nie różni się od sposobów, podanych przez innych autorów. Krew brano od chorych na zimnicę zarówno w czasie ataków, jak i między atakami, i zastrzykiwano podskórnie, manipulując igłą pod skórą tak, żeby uszkodzić możliwie dużo naczyń.

Tutaj muszę zaznaczyć, że metodę tę stosowano w przypadkach porażenia postępującego, nie nasuwających żadnych wątpliwości co do rozpoznania klinicznego i co do zachowania się wszystkich reakcji, występujących przytem cierpieniu we krwi i w płynie mózgordzeniowym.

Przeciwskazaniem do szczepienia zimnicy były zmiany gruźlicze w płucach, zmiany chorobowe w narządzie krążenia, późny wiek, charłactwo.

Okres inkubacji w naszych przypadkach podobnie jak w przebiegu zimnicy naturalnej, trwał od 10 do 24 dni, w jednym tylko przypadku wynosił 26 dni. Okres ataków poprzedzał zwykle okres zwiastunów, trwający 2—3 dni, w którym mieliśmy do czynienia z ciepłotą, przekraczającą nawet 38°, o charakterze febris continuae, po 2—3 dniach zwiastunów występowały typowe ataki o charakterze febris quotidiana lub tertiana. W niektórych zaś przypadkach w ciągu całego okresu inkubacji mieliśmy do czynienia ze stanem podgorączkowym. Okres trwania zimnicy wynosił od 3—11 tygodni, ilość ataków pd 5—30, ujemnych następstw tak wielkiej ilości ataków nie zauważyliśmy. W dwu przypadkach z pośród 24 w czasie trwania zimnicy po kilku atakach wystąpił znaczny upadek stanu ogólnego, tak że w parę dni po przerwaniu ataków chininą nastąpił zgon. W dwu tych przypadkach na sekcji stwierdzono myocarditis, aortitis luetica, którego klinicznie nie udało sie stwierdzić.

Omawianie wpływu zimnicy na przebieg porażenia postępującego będzie dotyczyło na razie tylko 18 przypadków, gdyż 6 przypadków nie nadaje się do omawiania z powodu nieukończonej jeszcze kuracji.

Wiek naszych pacjentów wahał się od 30—50 lat. Objawy porażenia postępującego w 10 przypadkach trwały od paru tygodni do półroku. W pozostaa łych 8 przypadkach od półroku i więcej. Co do postaci klinicznej porażenia postępującego, to 10 przypadków należało do postaci ekspansywnej i manjakalnej, resztę stanowiły przypadki zwykłego prostego otępienia paralitycznego. W jednym przypadku mieliśmy do czynienia z taboparalysis. Leczenie swoiste stosowano w dwuch przypadkach przed zimnicą, w 3 po zimnicy. Z pośród 18 przypadków 6 pacjentów wypisało się z kliniki w stanie remisji. Co do tych przypadków, to stwierdziłem sam osobiście, iż chorzy ci wkrótce po wypisaniu przystąpili do pracy zawodowej, zarabiają na utrzymanie rodziny. Jeden z tych 6 chorych, buchalter, nie wrócił do dawnego zajęcia, ale również pracuje na mniej odpowiedzialnym stanowisku. 7 przypadków przebywa jeszcze na klinice i wykazuje również pewną poprawę, polegającą na mniejszej apatji, większej ruchliwości i samodzielności;

chorzy ci nie zanieczyszczają się, pracują w warunkach szpitalnych, wykazują większe zainteresowanie otoczeniem i życiem społecznem niż przed kuracją Wogóle poprawa psychiczna we wszystkich remisjach objawiała się w tem, że w przypadkach z podnieceniem psychoruchowem podniecenie ruchowe, urojenia wielkościowe, euforja znikały powoli, zwykle dopiere po kilku tygodniach po przerwaniu zimnicy, a nieraz już pod koniec okresu gorączkowego. Brak krytycyzmu, upośledzenie pamięci i zapamiętywania, wnioskowanie również ulegało poprawie w naszych przypadkach, ale w przypadkach z najlepszą remisją można wykazać przy dokładniejszem badaniu pewne defekty intellektualne. W 2 tylko przypadkach nie osiągnięto żadnej poprawy, w jednym z nich objawy chorobowe wystąpiły już przed 4 laty; przypadek ten wykazywał daleko posunięte otępienie intellektualne i apatję, w drugim zaś mieliśmy do czynienia z taboparalysis. Otóż w tym ostatnim przypadku na kilka miesięcy co prawda przed przybyciem do kliniki stosowano bizmut. Po zimnicy stan psychiczny i fizyczny chorego coraz bardziej podupada, ataki Jacksonowskie występują coraz częściej.

Na 18 przypadków mieliśmy 3 zejścia śmiertelne. Jeden przypadek z pośród nich stanowił dobrą remisję, trwającą około 4 miesiące; chora wróciła później do kliniki z burzliwymi objawami: z podnieceniem ruchowem, urojeniami wielkościowemi i t. p., wśród których nastąpił zgon.

Co do stanu cielesnego, należy stwierdzić, że wszystkie prawie przypadki po zimnicy ulegają daleko idącej poprawie pod względem wagi. Waga chorych w czasie ataków zimnicy zwykle spadała, po ustąpieniu ataków stopniowo zwiększała się, z wyjątkiem tylko jednego przypadku, który zresztą należał do grupy najlepszych remisji.

Objawy neurologiczne: brak reakcji źrenic, brak odruchów kolanowych, odruchy patologiczne (Babiński), ataksja nie ustępowały u naszych pacjentów. Drżenie jednak palców, mięśni twarzy wyraźnie zmniejszało się, szczególnie u jednego z pacjentów, który po zimnicy przechodził jeszcze kurację swoistą. Jakie są skutki terapji swoistej, stosowanej po zimnicy, w porównaniu z samą zimnicą, tego na podstawie 3 naszych przypadków rozstrzygnąć nie możemy, ale w 2 przypadkach po kuracji rtęciowej i jodowej remisje stały się głębsze, w jednym zaś przypadku stopień poprawy pozostał taki, jaki był po samej zimnicy; pewien wpływ wywarła kuracja swoista we wszystkich 3 przypadkach na zachowanie się reakcji biologicznych we krwi i w płynie.

Niektórzy autorowie chcą widzieć poprawę na skutek działania zimnicy i w reakcjach biologicznych. Otóż przy rozważaniu tego zagadnienia należy uprzytomnić sobie, że odczyn Bordet-Wassermanna po zimnicy może nie zniknąć ze krwi ani z płynu, boć w ostrych okresach zimnicy ten sam odczyn jest dodatni również, a nawet usiłowano stosować reakcję Bordet-Wassermanna do wykrycia zimnicy utajonej. Na podstawie naszych badań należy stwierdzić, że odczyn B.-W. w 3 naszych przypadkach po zimnicy wystąpił w słabszym stopniu, względnie znikł zupełnie, chociaż w jednym znich absolutnie żadnej poprawy ani psychicznej, ani somatycznej nie zauważyliśmy. Następnie w 3 przypadkach, będących jeszcze na dalszej kuracji, również stwierdziliśmy przejście wybitnie dodatniego odczynu B.-W. we krwi w zupełnie ujemny po zimnicy, chociaż równolegle z tem nie idzie poprawa psychiczna i cielesna.

Pozatem pleocytoza wykazuje w większości przypadków tendencję do ustępowania, jakkolwiek Nonne-Appelt i ilość białka pozostaje prawie bez zmiany.

W myśl tego, co mówiliśmy wyżej o reakcji B.-W. przy zimnicy, w jednym przypadku zauważyliśmy odwrotne zjawisko, przejście ujemnego odczynu B.-W. ze krwi przed zimnicą w wybitnie dodatni po zimnicy; jest to przypadek taboparalysis, który nie uległ żadnej poprawie.

Na podstawie własnych wyników musimy przyjść do wniosku, że zimnica sama lub też może w połączeniu ze swoistem leczeniem daje większe rezultaty w leczeniu porażenia postępującego, niż stosowane dotychczas inne metody. Ilość remisji, w których pacjenci wracają do pracy zawodowej, w naszych badaniach

wynosi około 33 %, ilość remisji względnych, w których pacjenci wykazują dość znaczną poprawę bez możności pracy zawodowej, okało 38 %.

Na czem polega dodatni wpływ ostrej infekcji, jaką jest zimnica, na przebieg porażenia postępującego. Zdaje się, że czynników działających jest tu kilka. Wysoka temperatura, czy jest czy nie jest zabójcza dla krętków bladych, pobudza przemianę materji; dowodem tego jest fakt, że waga naszych chorych w czasie trwania zimnicy spadała, po ustąpieniu szybko rosła w górę. W obrazie morfologicznym krwi, jeżeli chodzi o zachowanie się ciałek białych przy zimnicy, to naogół nic charakterys ycznego nie stwierdzono, więc w hyperleukocytozie czynnika działającego upatrywać nie możemy; jednak nie ulega wątpliwości, że przy zimnicy wytwarza się pewna odporność na szczep, który rozwija się w organizmie; przecież przypadki zimnicy mogą uledz zupełnemu wyleczeniu nawet samoistnie, a więc przy zimnicy muszą powstawać ciała odpornościowe: antytoksyny, aglutyniny, precypityny, których natury jeszcze nie znamy, walcząc z infekcją zimniczą działają ujemnie na infekcję kiłową. Według Wernera te ciała odpornościowe krążące we krwi, mają łatwiejszy dostęp do wszystkich komórek nerwowych, aniżeli stosowane dotychczas środki t. zw. swoiste, niszczą krętki blade i unieszkodliwiają ich toksyny.

DYSKUSJA.

Dr. **Bielawski**: Wyniki terapeutyczne, a raczej statystykę zwolnień po leczeniu malarją, należy traktować z rezerwą, a to dla powodów, które wyszczególnia oponent w swym referacie: „Parę uwag o leczeniu porażenia postępującego“. (patrz str. 101).

Dr. **Zamecki**: Nie sądzi, by przy przenoszeniu krwi z chorego na chorego zachodziła obawa zaszczepienia krętków bladych nowemu pacjentowi. Należy poprzednio badać płyn na odczyn Wassermanna.

Przypomina sobie pizypadek zakażenia kiłą po przebytej malarji jak również porażenia postępującego, które wystąpiło po malarji i miało bardzo szybki a złośliwy przebieg.

Dr. **Siwiński**: Kochanówka nie stosuje malarji z dwóch względów:

1. Chory, który przybył z Warszawy z zaszczepioną zimnicą, zmarł w Kochanówce po trzech dniach z zimnicy.

2. Oczekuje wyników prób i obawia się zejść śmiertelnych, które przy tej kuracji zachodzą.

Przenoszenie krwi od paralityka do paralityka przy nieznajomości jednak dokładnej własności biologicznej krętka bladego, (gdy nie wiemy, czy krętek nie wzmaga swej złośliwości), uważać można za ryzykowne Kochanówka więc czeka, nie chcąc szkodzić pacjentom.

Kochanówka stosuje w porażeniu postępującem Hg, J, Bi, Natr. Nucl., Phlogetan w przypadkach powikłań Miesięcznie zużywa się od 50 — 100 gr. natr. nucl.

Dyr. Dr. **Piotrowski**: Leczeniu p.p. należy poddawać tylko przypadki wybrane, albowiem nie każdy paralityk nadaje się do leczenia. Kuracji nie znoszą często chorzy, którzy zarazili się kiłą przed dawnemi laty. Organizm, w którym krętek blady działał destrukcyjnie przez 15—20 lat do wybuchu porażenia postępującego, jest tak osłabiony i mało odporny na nowe i obce mu trucizny, że kuracji specyficznej, mianowicie przeprowadzonej drogą kombinowaną, znieść nie może. Stan chorego pogarsza się nieraz w szybkiem tempie i pacjent umiera. Paralitycy, którzy zarazili się przed dawnemi laty, przychodzą prędzej do siebie w absolutnym spokoju przy dobrem odżywianiu. Natomiast względnie dobrze znoszą intensywnie stosowaną kurację specyficzną paralitycy młodzi i silni i dają też względnie pomyślne rokowanie. Do rozpoznania różniczkowego p. p. od kiły mózgu etc. może posłużyć metoda miareczkowania. Dodatni B.-Wassermann w 0,1—0,2 $cm.^3$ płynu m.—rdz. przemawia za p. p., ujemny odczyn B. W. w 0,1—0,2 cm^3, a dodatni w 0,3, 0,4, 0,5 cm^3, etc. płynu m. rdz. przemawia przeciwko p. p., a za kiłą mózgu, względnie za kiłą mózgordzeniową, wzgl. za wiądem rdzenia. (Nonne, Hauptmann).

Z Kliniki Neurologicznej Prof. Orzechowskiego w Warszawie.

ZABURZENIA PSYCHICZNE WYSTĘPUJĄCE PO ODMIE CZASZKOWEJ.

podała

Dr. Tołłoczko-Przeradzka.

Badanie przeprowadzone u 19 chorych, przyczem u dwóch chorych stosowane było dwukrotnie. Przed zabiegiem nie stosowano u chorych narkotyków. Wykonanie odmy miało miejsce w następujących przypadkach:

1 Meningitis cerebrospinalis epidemica.
4 Epilepsia genuina.
3 Jackson + napady ogólne (z powodu zrostów oponowych).
5 Cierpienia z wzmożonem ciśnieniem śródczaszkowem, guzy itp.
1 Psych. man. depresiwa.
1 Parkinsonoid postencephalit. letharg.
1 Guz rdzenia.
2 Zespoły pozapiramidowe niewiadomego pochodzenia.

Badanie psychiczne przed wykonaniem odmy niejednokrotnie stwierdzało braki intelektualne, charakterowe, a w dwu przypadkach stan psychotyczny.

Przy badaniu posługiwano się metodami najprostszemi. Dawano chorym liczby lub słowa do zapamiętania, prowadzono rozmowę na różne tematy, zależnie od stopnia rozwoju intelektualnego chorego, by się zorjentować w ich zdolności dokładnego przypominania, czasem przeprowadzono dyskusję, lub zmuszano w inny sposób pracować umysłowo, co w przeważnej ilości wypadków, natychmiast po odmie udawało się uskutecznić. Jednocześnie obserwowano zachowanie się chorego, jego nastrój i notowano różne inne zjawiska występujące natychmiast po odmie i w dwóch dniach następnych. Najczęściej w czwartym dniu chory już odzyskiwał swój stan zwykły, czasem jednak działanie odmy przedłużało się do sześć, siedem dni.

Wyniki badań przedstawiają się następująco:

Wyniki zapamiętywania były dobre:	przypominania były dobre
Natychmiast po odmie u 17 chorych, (u 2 złe), (w tem u 6 chorych lepsze niż przed odmą)	u 14 chorych (u 5 złe)
2 dni po odmie u 12 chorych (u 7 złe)	u 7 chorych (12 złe)
3 dni po odmie u 12 chorych (u 7 złe)	u 9 chorych (10 złe)

Nastrój

	normalny	depresyjny	euforyczny	podniecony	apatyczny
natychiast po odmie:	6 chor.	6 chor	6 chor	3 chor.	—
2 dni	12 „	3 „	4 „	— „	2 chor,
3 dni	17 „	1 „	2 „	— „	1 „

Niepamięć wsteczna.

W jednym przypadku ujawniła się 4. dnia niepamięć wsteczna. W tym samym przpadku, przy powtórzeniu odmy, również wystąpiła ona czwartego dnia, lecz znacznie słabiej wyrażona. W drugim przypadku ujawniła się drugiego dnia. W trzecim przypadku ujawniła się drugiego dnia i trwała jeszcze przez trzeci dzień.

Omamy.

W I. przypadku wystąpiły natychmiast po odmie omamy smakowe.

W II. przypadku w dwie godziny po odmie omamy wzrokowe, (u obu chorych przed tem na omamy niecierpiących).

Zafałszowanie świadomości.

wystąpiło u dwu pacjentów.

W I. przypad. natychmiast po odmie (chory 54-letni zaczął mówić po francusku, przypuszczając, że się znajduje w domu rodziców).

W II. przypad. następnego dnia po odmie (choremu przez chwilę zdawało się, że się znajduje w Petersburgu).

W obu przypadkach stan taki trwał bardzo krótko.

„Brak myśli w głowie".

Chorzy charakteryzują ten stan jako pustkę w głowie; nieraz stan ten był połączony z uczuciem przyjemnem, z uczuciem wewnętrznego spokoju. Stan taki notowano u sześciu chorych. Najczęściej występował w ciągu pierwszej doby po odmie, nieraz przedłużał się i na drugą dobę.

Mała ilość badanych, a przytem zbyt wielka różnorodność chorych nie pozwalają narazie na wyciągnięcie ścisłych wniosków co do częstości, jakości i nasilenia zaburzeń psychicznych w znaczeniu ujemnem. W każdym razie zasługuje na uwagę, że zaburzenia te raczej występują później, to jest dopiero w drugim dniu po odmie, że w pierwszym dniu u 31, 6% chorych ujawniło się wyraźne wzmożenie sprawności zapamiętywania i przypominania w porównaniu z ich przeciętnym stanem. Zaburzenia psychiczne, które występują po odmie, zależą oczywiście od obecności powietrza w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Przytem następujące czynniki mogą tu odgrywać rolę:

Wpływ powietrza jako ciała obcego, wpływ **różnicy temperatury** wynoszącej ponad 20°, bo wtłoczone było powietrze o temperaturze pokojowej, **osuszające działanie powietrza,** które przecież wpłynęło ze znacznego obszaru komór podpajęczynowych **utrudnienie dopływu do kory cieczy mózgordzeniowej,** wreszcie **ucisk** będący wynikiem prężności gazu. Z tych czynników wpływ różnicy temperatury może być tylko krótkotrwały, może się uwydatnić co najwyżej w pierwszych godzinach po wykonaniu odmy. Może też jemu należy przypisać w pewnej mierze działanie drażniące korę mózgową, wyrażające się poprawą sprawności zapamiętywania i przypominania. Czynnik uciskowy jest tego rodzaju, że ustrój najłatwiej może go zlikwidować dzięki swoim aparatom obronnym odruchowym, doprowadzającym do wyrównania się ciśnienia.

Wpływ więc ujemny obecności powietrza na funkcje psychiczne, który trwa przez drugi dzień i czasem przez kilka następujących, należy wiązać z działaniem hamującem kory, odbijającem się może przedewszystkiem na pogorszeniu sprawności przewodzenia włókien stycznych warstwy drobinowej wskutek **samej obecności powietrza jako ciała obcego** i wskutek **działania powietrza osuszającego powierzchnię kory i utrudnienia dopływu do niej cieczy mózgordzeniowej.**

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor Prof. Dr. J. Mazurkiewicz.

ZACHOWANIE SIĘ CHORYCH PSYCHICZNIE PO ZABIEGU ODMY CZASZKOWEJ.

Dr. med. Witold Mitkus,

asystent Kliniki.

Stosowanie odmy czaszkowej rozpoczął amerykanin D a n d y w 1919 r.; po nim szereg innych badaczy w różnych krajach stosuje odmę, jak W i d e r s e e w Szwecji, B i n g i e l w Niemczech i inni.

D a n d y wykonywał odmę dokomorowo przez bezpośrednie nakłócie, pozostali dwaj drogą nakłócia lędźwiowego. I jedna i druga metoda ma swoich zwolenników, że wymienię 318 doświadczeń D e n k a dokonanych dokomorowo, lub 200 doświadczeń W r e d e'go, dokonanych dolędźwiowo. B i n g i e l woli drogą dolędźwiową. Nie daje się jednak stwier-

dzić, ażeby jedna z tych metod dawała wybitnie lepsze rezultaty lub była bardziej niebezpieczną w porównaniu z drugą. Łatwiejszą wydaje się droga nakłócia lędźwidwego. Technika metody dolędźwiowej polega na upuszczaniu płynu mózgowo-rdzeniowego i wpuszczaniu powietrza wpychanego przez słup wody do przestrzeni cieczowych w jamie czaszkowej i kanale kręgowym. Jedni autorzy wkłówają 2 igły w 2 ostatnie przestrzenie między-kręgowe lędźwiowe, inni wykonywują odmy przy pomocy jednej igły, regulując odpowiednio zaciskaczami wypływ płynu lub dopływ powietrza. Płyn wypuszcza się porcjami od 5 do 10 cm^3. zaraz wpuszczając powietrze. Ilość wypuszczonego płynu wynosi od 30 do 100 cm^3. i więcej, tę samą ilość wpuszcza się powietrza lub nieco wyższą zależnie od widocznego spadku ciśnienia płynu, które w różny sposób podczas wykonywania zabiegu mierzy się.

Objawem prawie stale spotykanym podczas zabiegu jest ból głowy, zjawiający się przy wpuszczaniu powietrza w różnych stadjach zabiegu, czasami wymioty, oraz zwykle pod koniec zabiegu osłabienie psychiczne i fizyczne. Po zabiegu stale występują senność, ból głowy utrzymujący się 1—3 dni, odrętwienie psychiczne trwające parę dni, często zaraz po zabiegu wymioty, również obserwuje się jeden lub kilka dni wzniesienie temperatury od 37^0—38^0.

Zabieg odmy sam przez się nie jest niebezpieczny. Notują zaledwie pojedyńcze wypodki śmierci. Czas trwania zabiegu przy wprawie wynosi około 20 minut. Chorym podnieconym przed zabiegiem zastrzykują hyoscynę z morfiną.

Wszyscy autorzy zgadzają się, że odma czaszkowa posiada duże znaczenie rentgenodjagnostyczne, gdyż udostępnia płycie fotograficznej obrazy dokładne, których w innych warunkach nie zawsze można by było dojrzeć.

Działalność lecznicza odmy w chorobach psychicznych lub w chorobach, gdzie obok innych objawów występują objawy psychiczne, jest naogół nikła. Przesłanki, któremi by się można kierować, stosując odmę w celach leczniczych, a które by się dały uzasadnić na drodze mechanicznego działania odmy, są następujące: zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego, usunięcie wraz z płynem drobnoustrojów lub jadów działających na tkankę nerwową, rozerwanie zrostów lub blizn, wreszcie, co podają T y c z k a i E l e k t o r o w i c z w swych doświadczeniach, że powietrze wnikające wgłąb tkanki mózgowej i rdzeniowej, wypycha limfę tu zawartą i wywołuje świeży przesącz z naczyń. Takie działanie umożliwiałoby odnowę soków i wpływałoby na ich krążenie; w tych warunkach odma równałaby się niejako masażowi mózgu.

Rozpatrując szczegółowiej dotychczasowe rezultaty działania odmy pod względem leczniczym w zaburzeniach psychicznych nie da się uchwycić rezultatów bezwzględnie pewnych i stałych, jak również wskazówki pod tym względem nie są jednorodne. B i n g i e l, N o n n e i H e r m a n zauważyli poprawę w meningitach epidemicznych i gruźliczych. L ö w e n s t e j n obserwował poprawę w kile mózgu. Poprawy w padaczce i migrenie widzieli W i c h e r, W e n d e l, B i n g i e l, T r ö m l e r w stanie epileptyczn. B i n g i e l w eklampsji. C u r s c h m a n widział poprawę w ciężkiem zamroczeniu. Większość podanych autorów przypisuje poprawę po odmie upuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego.

Niektórzy autorzy zalecają odmę w śpiączce nagminnej celem usunięcia toksycznego płynu mózg.-rdzen. i w wypadkach tych zauważyli chwilową poprawę.

Z prac Kliniki Neurolog. U. W. opublikowanych przez T y c z k ę i E l e k t o r o w i c z a dowiadujemy się, że zauważono poprawę w kilku wypadk. padaczki swoistej, w paru przypadkach ograniczonego surowiczego zapalenia opon mózgowych z J a c k s o n e m (przypadki te dawały najlepszą poprawę) oraz pojedyńcze wypadki innego rodzaju cierpień nerwowych, w których po odmie występowało lepsze samopoczucie chorych. Ciż sami autorzy podają przypadek melancholia lewis u osobnika z przebytą kiłą, gdzie po odmie nastąpiła trwała zmiana nastroju z depresyjnego na weselszy i towarzyski; osobnik ten powrócił do swych zajęć.

Za przykładem Kliniki Neurolog. rozpoczęliśmy stosowanie odmy u chorych psychicznie, mając na celu obserwowanie zmian w stanie psychicznym chorych oraz zachowanie się krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Zabiegi dokonywane były wraz z kol. Z a m e c k i m początkowo pod kierownictwem kol. T y c z k i z Kln. Neurolog. następnie robiliśmy odmę własnemi siłami z kol. Z a m e c k i m.

Materjał do badań był brany z pośród chorób psychicznych, które zwykle dają rokowanie złe, oraz psychoz o rokowaniu zwykle pomyślnem, których jednak przebieg i czas trwania u chorych badanych nie wykazywał przez dłuższy czas zmian. Zabieg był dokonywany dokręgowo przy pomocy jednej igły połączonej dwuramienną rurką szklaną, pozwalającą regulować wypuszczanie płynu lub wpuszczanie powietrza. Reszta aparatu jak w modelu Bingla. Ilość wypuszczonego płynu i wpuszczanego powietrza wynosiła od 30 do 70 cm^3 przeciętnie i najczęściej 50 cm^3 czasami z różnicą 10 cm^3 na korzyść powietrza lub płynu zależnie od spadku lub zwyżki ciśnienia. Zabieg robiony był jednokrotnie—w 3 wypadkach dwukrotnie. Przed zabiegiem zastrzykiwano hyoscynę z morfiną.

Ilość dokonanych zabiegów wynosi 41. Ilość chorych 38. Z tego 21 wypadków schizophrenji, 5 wypadków padaczki, 3 wypadki psychoz poporodowych o przebiegu przeciągającym się, 3 przyp. psychoz maniacalno-depresyjn. również o przebiegu przeciągającym się, 1 wypadek kiły mózgu, 1 paraliżu postępującego, 1 histerji, 1 otępienia starczego, 1 zamroczenia z objawami meningealnymi.

Zachowanie się chorych i samopoczucie ich podczas zabiegu oraz objawy towarzyszące zaraz po zabiegu, uwzględniając to, że byli to chorzy psychicznie, nie różniło się od zachowania podanego przez innych autorów, a opisanego na wstępie. We wszystkich wypadkach występował ból głowy w różnych stadjach zabiegu, w 15% wymioty w trakcie zabiegu a po zabiegu prawie we wszystkich senność i odrętwienie fizyczne i psychiczne, zjawiające się już zwykle pod koniec zabiegu, a trwające 1—3 dni; również obserwowano zwyżkę ciepłoty, przeciętnie 37,4°, trwającą 1—3 dni. Po minięciu tych objawów stan fizyczny chorych wracał do stanu jak przed zabiegiem.

Zachowanie się chorych po odmie pod względem psychicznym, pomijając okres odrętwienia psychicznego bezpośrednio po zabiegu, można podzielić na następujące kategorje:

1. Kiedy nie zauważono różnicy w zachowaniu się przed zabiegiem i po zabiegu. Liczba tego rodzaju chorych wynosiła 17.

2. Kiedy nastąpiła częściowa zmiana stanie psychicznym krótkotrwała, trwająca tydzień do 10 dni. Ilość tych chorych wynosiła 9.

3. Kiedy nastąpiły częściowe zmiany o charakterze stałym. Liczba tych chorych 3.

4. Kiedy nastąpił stan, który możnanazwać wyzdrowieniem. Liczba tego rodzaju przypadków wynosi 4.

5. Kiedy zmiany wystąpiły w dłuższy czas po odmie. Ilość przypadków 3.

6. Kiedy nastąpiło pogorszenie stanu psychiczneg. Ilość przypadków 2

Przejdę do szczegółowego omówienia podanych grup.

W grupie pierwszej żadnych różnic w stanie psychicznym przed zabiegiem i po zabiegu nie zauważyłem; lub zmiany te były tak nieznaczne i krótkotrwałe, że nie można ich brać pod uwagę. Grupa ta obejmuje 13 wypadków schizophrenji, 2 psychozy maniacalno-depres. 1—hysterji, 1 paral. postęp., 1 psychozy okresowej.

Druga grupa, gdzie wystąpiły zmiany krótkotrwałe, obejmuje 4 wypadki schizophrenji, 5 wypadków padaczki swoistej i jeden kiły mózgu. Zmiany schizophrenji w 3 przypadkach polegały na wyraźnem zmniejszeniu się obojętności, zainteresowaniu się swym losem i rodziną, zjawieniu się afektu w znaczeniu dodatniem; w jednym wypadku wystąpiło zmniejszenie się stanów podniecenia. W przypadkach padaczki zmiany polegały u wszystkich na złagodzeniu charakteru padaczkowego (większy spokój, mała drażliwość); w przypadkach, gdzie było zamroczenie, następowało całkowite lub znaczne wyjaśnienie zamroczenia, w 1 przypadku nastąpiło zmniejszenie się ilości drgawek. W przypadku kiły mózgu nastrój zmienił się z bezmyślnie apatycznego na podniecenie ruchowe i myślowe i agresywność.

Trzecia grupa, gdzie pozostały zmiany stałe, obejmuje 2 wypadki schizophrenji i jeden wypadek zamroczenia z objawami meningealnymi. W przypadkach schizophrenji, w których najbardziej wybitnym objawem był daleko posunięty negaywizm, przejawiający się w nieprzyjmowaniu pokarmów i wskutek tego zachodziła konieczność sztucznego karmienia, po odmie chore w parę dni zaczęły jeść same. W przypadku zamroczenia z objawami meningealnymi, również zachodziła konieczność sztucznego karmienia z powodu nie-

przyjmowania pokarmów, po odmie na drugi dzień chora zaczęła sama jeść; objawy meningealne w tydzień cofnęły się.

Czwarta grupa, gdzie nastąpiło wyzdrowienie w znaczeniu cofnięcia się objawów chorobowych i powrotu do normalnej pracy, jak przed chorobą, obejmuje 2 wypadki schizophrenji, 1 wypadek psychozy maniacalno-depres. i 1 wypadek psychozy poporodowej.

Pozwolę sobie omówić szczegółowiej te przypadki.

Chory l. 16 z konstytucją schizoid choroba wystąpiła 2 ostrymi atakami koło 6 miesięcy (data niepewna). Psychicznie typowy obraz hebephrenji z objawami psychicznymi wybitnie zaznaczonymi. W 12 dni po odmie następuje raptowna zmiana; wszystkie objawy chorobowo znikają; zjawia się dobry krytycyzm poprzedniego stanu chorobowego. Wypisany do domu wraca do swoich zajęć.

Drugi wypadek dotyczy dziewczynki l. 18, konstytucyjnie również schizoid. Stan psychiczny i objawy podobne jak w wypadku poprzednim. Półtora miesięczny pobyt w Klinice zmian w stanie psychicznym nie wykazywał. Po odmie w ciągu miesiąca następuje stopniowo przebiegająca poprawa, objawy chorobowe zupełnie cofnęły się, chora pamięta okres choroby, krytycznie rozpatruje swój stan, tłomaczy objawy chorobowe, co odczuwała podczas ich produkowania. Wróciła zdrowa do swych zajęć.

Trzeci wypadek dotyczy chorej na psychozę maniacalno depresyjną, która w ciągu życia kilkakrotnie występowała. Przy przybyciu na Klinikę wybitny stan maniacalnego podniecenia ruchowego i myślowego trwający prawie bez zmian przeszło pół roku. Zaraz po odmie zniknął stan maniacalny i w parę dni wystąpiła głęboka depresja, która stopniowo zmniejszyła się w ciągu miesiąca, wykazując wyraźną tendencję do powrotu do wyzdrowienia. Chora w tym stanie w miesiąc po odmie została zabrana do domu.

Czwarty wypadek dotyczy psychozy poporodowej trwającej 4 miesiące z ciężkiem zamroczeniem, silnem podnieceniem ruchowem i myślowem, utrzymującem się przez cały czas z nieznacznemi odchyleniami. Po odmie w ciągu 3 tygodni następuje zupełne wyzdrowienie przebiegające litycznie, poprzedzone dłuższymi okresami przytomności i zmniejszeniem się podniecenia, które już w 2 tygodnie po odmie zupełnie zniknęło.

W grupie piątej obejmującej zaobserwowane zmiany w dłuższy czas po odmie przytaczam 2 wypadki psychoz poporodowych i jeden wypadek otępienia przedstarczego. Jedna z psychoz poporodowych, trwająca 5 miesięcy ze stanem zamroczenia i zmiennymi stanami podniecenia i zahamowania po odmie wykazywała przez dwa miesiące w dalszym ciągu zamroczenie i wybitne zahamowanie. Po tym terminie wystąpiło kilkodniowe podniecenie, potem zniknęło zamroczenie i podniecenie i nastąpił powrót do zdrowia. Druga psychoza poporodowa trwająca 6 miesięcy z wybitnem podnieceniem ruchowem i myślowem i zamroczeniem w 2 miesiące po odmie wykazała wy-raźną poprawę stanu psychicznego przejawiającą się w zniknięciu zamroczenia i ustępowaniu podnieceń. Wypadek dotyczący otępienia przedstarczego wykazał zmianę, która wystąpiła w 41 dni po odmie, polegającą na tem, że chora, która z powodu odmówienia przyjmowania pokarmów, karmiona była sztucznie, zaczęła jeść sama. Ta poprawa pozostała jako trwała. Innej poprawy w tym przypadku nie zauważyłem.

Grupa szósta, gdzie stwierdzono pogorszenie stanu psychicznego po odmie, obejmuje 2 wypadki schizophrenji z urojeniami o charakterze urojeń somatycznych, które po odmie wykazały nasilenie, przez włączenie zabiegu odmy w kompleks urojeń. Zauważono również wzmożenie się podnieceń.

Rozpatrując podane przypadki, gdzie nastąpiły poprawy krótkotrwałe lub stałe lub wyzdrowienie i chcąc je powiązać z ciśnieniem płynu mózgowo-rdzeniowego, gdyż niektórzy autorzy, wymienieni na początku referatu, przypisują obserwowane przez siebie poprawy zmniejszeniu się ciśnienia śródczaszkowego, w moich spostrzeżeniach nic konkretnego pod tym względem nie mogę powiedzieć. Ciśnienie w przypadkach poprawy wahało się w szerokich granicach od 10 do 400 m.m. tak samo jak i w przypadkach, gdzie zmian w stanie psychicznym nie było.

Co do przypadków, gdzie czynnik toksyczny grał rolę w powstawaniu psychozy, to o ile przyjmiemy, że w przypadkach psychoz poporodowych czynnik ten bierze udział, przypadki przytoczone dawały po odmie rezultat dodatni. Również poprawę wykazał przypa-

dek zamroczenia z objawami menigncalnymi. Rezultaty podane potwierdzają doświadczenia innych, gdzie wchodził w grę czynnik toksyczny.

Przypadki padaczki, gdzie większa ilość autorów widziala polepszenie, wśród naszych chorych po zastosowaniu odmy dawały raczej poprawy przejściowe i niezbyt jaskrawe ograniczające się do zniknięcia zamroczenia, złagodzenia charakteru padaczkowego, rzadziej do zmniejszenia czasowego ilości drgawek. Przypadki nasze obejmowały padaczkę swoistą.

Rozpatrując krytycznie podane rezultaty stosowania odmy u chorych psychicznie obserwowanych w Klinice, nie mogę kategorycznie twierdzić, że zmiany, które po zbiegu odmy następowały, zostały przez nią wywołane, ponieważ brak jest stałych i pewnych podstaw stwierdzających działanie lecznicze odmy czaszkowej. Spostrzeżenia innych autorów w tym względzie również nic konkretnego nie dają. Zarówno w doświadczeniach moich jak i innych autorów w jednakowych rodzajach chorób, u jednych chorych występują zmiany, u innych nie. Teoretyczne przypuszczenia działania odmy, wymienione na początku referatu, nie tłamoczą tego dostatecznie, a rezultat doświadczalny nie zawsze się sprawdza; dowodem tego jest blisko 50% doświadczeń, gdzie żadnych zmian po odmie nie obserwowałem.

Przebiegając krytycznie grupy, gdzie poprawy nastąpiły, muszę stwierdzić, że poprawy tego rodzaju w podanych psychozach nie należą do rzadkości, zarówno poprawy krótkotrwałe, jak i częściowe poprawy trwałe, jak również i wypadki powrotu do zdrowia. Co do grupy popraw w dłuższy czas po odmie, to jeszcze ostrożniej przypisywać je należy temu zabiegowi. Zaznaczyć muszę, że wyzdrowienie w wypadkach schizophrenji nie obejmowały zmiany konstytucji schizoidalnej na inną, wyzdrowienie w tych wypadkach należy rozumieć w znaczeniu praktycznem.

Gdybym stanął na stanowisku, że obserwowane dodatnie rezultaty przypisać należy odmie, to stanowisko to poświadczałaby ta okoliczność, że zmiany te wystąpiły w krótki czas po odmie, a przez porównanie stanu psychicznego przed zabiegiem nie okazującym tendencji do jakichś zmian w najbliższym czasie, instynktownie myśl ta nasuwa się. Drugim argumentem w obronie tego stanowiska byłoby to, że zmiany dodatnie tego rodzaju jak przytoczyłem, w niektórych psychozach, jak schizophrenja i epilepsja, normalnie nie występują często.

Streszczając muszę stwierdzić, że wprawdzie nie mam pewnych podstaw do twierdzenia, że odma czaszkowa u chorych psychiczne daje rezultaty lecznicze, jednakowoż rezultaty podane zachęcają do stosowania odmy u chorych psychicznie nadal, gdyż dopiero duża ilość doświadczeń może kwestję tę rozstrzygnąć w tym lub innym kierunku.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. fil. Al. Piotrowski.

PRZYCZYNEK DO PATALOGJI HUMORALNEJ W KATATONJI*)

wygłosił

Oskar Bielawski,

prymarjusz Zakładu.

Wiemy, że katatonja właściwa**), a stan parkinsonizmu poencefalitycznego są wybitnie do siebie podobne pod względem zaburzeń psychicznych, motorycznych i roślinnych. W sprawie umiejscowienia procesu katatonji w mózgu nie wypowiedziane zostało jeszcze przez badaczy ostatnie słowo, jednak wyniki sporadycznych dociekań w tej materji (mimo że są one zamglone przez nadmierne rozszerzanie granic tej postaci chorobowej), budzą jednak już dziś u wielu badaczy sentyment lokalizowania procesu tam, gdzie już jest umiejscowioną sprawa zaburzeń extrapiramidowych parkinsonicznej natury. (Guiraud-Daussy, Padeano, Klippel, Laignel-Lavastin, Rogues de Fursac i inni). Lecz sprawa lokalizacji nie rostrzyga bynajmniej zagadnienia natury procesu. To

*) Praca podana w skróceniu.

**) Patrz Bielawski — „Katatonoid Psychorodny“ Nr. 2, 4, 5 „Now. Psych.“ 1924.

też dopatrują się autorzy przyczyny katatonji w zmianach neuroepiteljalnych okolic ciała prążkowanego (Klippel), w naruszeniu subtelnej struktury cytologicznej komórek (Guiraud-Daussy), w procesach zwyrodnieniowych jąder itp., podczas gdy parkinsonizm poencefalityczny traktowany jest jako dalszy ciąg procesu zapalnego El. Nie braknie zato również głosów odsądzających od spraw zapalnych zmiany organiczne mózgu, stanowiące podłoże procesu parkinsonizmu poencef. (Orzechowski).

Różnią się natomiast te dwie postacie chorobowe etjologją swą i to o tyle, że się ostatnią wiąże przyczynowo z nagm. zapal. mózg., podczas gdy etjologja katatonji pozostaje wciąż jeszcze ciemną.

Rozważania powyższe zachęciły mię do podjęcia badań płynu mózgordzeniowego oraz krwi katatoników na różne odczyny patologiczne, jak również na zawartość patognomonicznych ciał w nich, w nadziei odnalezienia innego — poza momentami anamnestycznymi — kryterja dla odróżnienia tych dwóch postaci chorobowych.

Tu pragnę podzielić się w pierwszym rzędzie wynikami badań płynu na zawartość cholesteryny.

Nie będę się rozwodził nad techniką metody oznaczania cholestryny. Czytelnik znajdzie w piśmiennictwie polskiem krótki opis w pracy Goebla[1]). Cholesterynę wydobywałem z płynu przy pomocy chloroformu; dla osiągnięcia możliwie bardziej skoncentrowanego rozczynu, po wytrząsaniu odparowywałem niekiedy roztwór aż do 1/5 poprzedniej ilości.

Załączona tablica przedstawia wyniki dochodzeń laboratoryjnych.

	ROZPOZNANIA	Ilość cholesteryny w 100 cm.³ płynu m.-r.	Stopień rozcieńczenia chol. w chlorof.	Odczyn B. Wassermanna w płynie	Odczyn B. Wassermanna we krwi	UWAGI
1	Pac. Dud. lat 26 rosp. **katatonja**	0,0080	1 : 4	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 ++++ 0,2 ++++ 0,1 +++	ujemny	
2	Pac. Lud. lat 17 rosp. **katatonja**	0,0040	1 : 2	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 +++ 0,3 +++ 0,2 ++ 0,1 —	ujemny	
3	Pac. F. lat 24 rosp. **katatonja**	nie badano		ujemny	ujemny	
4	Pac. Sz. lat 37 rosp. **katatonja**	nie badano		ujemny	ujemny	choroba trwa 8 lat
5	Pac. Szl. lat 22 rosp. **katatonja**	ślady	1 : 10	ujemny	ujemny	

[1]) Goebel — „Badania nad zachowaniem się cholesteryny itd." Medycyna Doświadczalna i Społeczna, Tom II 1924.

	ROZPOZNANIA	Ilość cholesteryny w 100 cm.³ płynu m.-r.	Stopień rozcieńczenia chol. w chlorof.	Odczyn B.-Wassermanna w płynie	Odczyn B.-Wassermanna we krwi	UWAGI
6	Pac. St. lat 27 rozp. **katatonja**	0,0012	1 : 15	ujemny	ujemny	
7	Pac. Kr. lat 30 rosp. **katatonja**	0,0000	1 : 20	nie badano	ujemny	
8	Pac. Pr. lat 30 rosp. **katatonja**	0,0000	1 : 1	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 ++++ 0,2 +++ 0,1 ++	ujemny	choroba trwa przeszło 4 lata
9	Pac. Ks. lat 21 rosp. **katatonja**	0,0000	1 : 20	nie badano	wątpliwy	choroba trwa 5 lat
10	Pac. Ka. lat 20 rosp. **katatonja**	0,0000	1 : 2	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 ++++ 0,2 +++ 0,1 ++	ujemny	
11	Pac. Fc. lat 35 rosp. **katatonja**	0,0016	1 : 2	ujemny	ujemny	cukromocz
12	Pac. Gb. lat 21 rosp, **katatonja**	0,0020	1 : 2	ujemny	ujemny	
13	Pac. Kd. lat 24 rosp. **katatonja**	0,0000	1 : 20	ujemny	ujemny	
14	Pac. Pyk. lat 17 rosp. **katatonja**	0,0080	1 : 10	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 +++ 0,2 ++ 0,1 —	ujemny	cukier w płynie m.-r.
15	Pac. Dd. lat 17 rosp. **parkins. po n. z. m.**	0,0100	1 : 20	1,0 ++ 0,5 + 0,4 — 0,3 — 0,2 — 0,1 —	ujemny	

	ROZPOZNANIA	Ilość cholesteryny w 100 cm.³ płynu m.-r.	Stopień rozcieńczenia chol. w chlorof.	Odczyn B. Wassermanna w płynie	Odczyn B. Wassermanna we krwi	UWAGI
16	Pac. Sk. lat 34 rosp. parkins. po n. z. m.	0,0060	1 : 4	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 ++ 0,2 ++ 0,1 —	ujemny	
17	Pac. Cz. lat 24 rosp. parkins. po n. z. m.	0,0067	1 : 10	1,0 ++++ 0,5 ++++ 0,4 ++++ 0,3 +++ 0,2 ++ 0,1 +	ujemny	

We wszytkich przypadkach był Biernacki dodatni.

Widzimy na tablicy, że z pomiędzy badanych katatoników w 5 tylko przypadkach na 12, nie stwierdzono wcale cholesteryny w płynie. (Z nich — 2 przedstawiają przypadki katatonji trwającej już szereg lat). W 58,3% przeto stwierdzono obecność cholesteryny w płynie katatoników. U pacj. Nr. 1 i 14 ilość jej przekracza tak zwaną normę, która zresztą nie jest definitywnie ustaloną.

We wszystkich trzech badanych przypadkach parkinsonizmu po nagm. zapal. mózgu, cholesteryna przekraczała wzmiankowaną normę. Winiki te różnią się nieco od podanych przez Goebla, który w jedynym badanym przypadku tego rodzaju stwierdził tylko ślady cholesteryny w płynie. Nie możemy zużytkować dla sprawy katatonji jego wyników badań chorych na dem. prx., gdyż nie wiemy, czy wśród 7 zacytowanych przypadków tego rodzaju znajdowała się choć jedna katatonja w ściślejszem znaczeniu. Godzą się natomiast wyniki nasze z ogłoszonymi przez Pighiniego[2]), który u wszystkich badanych przezeń katatoników (5) stwierdził obecność cholesteryny w płynie.

B.-Wassermann[3]) w płynie dał odczyn pozytywny w badanych nań przypadkach katatonji — 5 razy, jeden raz B-W. był wątpliwy we krwi. Blisko połowa więc badanych katatoników daje nam dodatni odczyn B. W. w płynie[4]).

We wszystkich trzech przypadkach parkinsonizmu poencefalitycznego wypadł B.-W. dodatnio w płynie[5]).

Muszę tu zaznaczyć, że ani skrupulatne badanie pacjentów na kiłę, ani anamneza nie wykazały żadnych momentów, któreby przemawiały za przebytą kiłą.

Zwrócę tu jeszcze uwagę, że z wyjątkiem Nr. 8 i 10, dodatni odczyn B.-W. towarzyszy zawsze zwiększonej ilości cholesteryny w płynie, co czyni aktualnem i dziś jeszcze twierdzenie Pighiniego o związku przyczynowym pomiędzy obecnością cholesteryny w płynie a wzmiankowanym odczynem. W każdym razie sądzę, że wyniki moich badań każą się zastanowić poraz nie wiem już który nad wartością djagnostyczną dodatniego odczynu B.-W. w płynie dla kiłowych zachorzeń mózgu, gdyż nie zechce mię chyba nikt upewniać, że dziwnym zbiegiem okoliczności, rozpoznając w omawianych przypadkach katatonję i El. — popełniłem 60% błędu na niekorzyść kiłowych zachorzeń mózgu.

W sprawie stosunku stwierdzonej w płynie cholesteryny do dwóch omawianych grup chorobowych (katatonji i parkinsonizmu po El.), pozwolę sobie wyciągnąć z pracy raczej negatywny na razie wniosek, a mianowicie ten, że na podstawie podjętych badań nie udało się znaleść kryterja dla odróżnienia procesu katatonicznego

[2]) G. Pighini — cholésterine et Réaction de Wassermann.

[3]) Odczyn ten wykonywano w Zakładzie Bakterlogji przy Uniwersytecie w Poznaniu

[4]) Rogues de Fursac twierdzi, że 20% katatoników mają odczyn B.-W. dodatni.

[5]) Już Economo zauważył, że w El. odczyn ten bywa dodatni.

od parkinsonizmu, przeciwnie, że i pod tym względem obie postacie chorobowe są do siebie bliźniaczo podobne.

Również objaw poliurji, badany równolegle, został stwierdzony i tu i tam w większości badanych przypadków. Odczyn Biernackiego wypadł dodatnio we wszystkich badanych przypadkach katatonji i parkinsonizmu.

DYSKUSJA.

Dr. **Zamecki:** Różnica między schizofrenją a encefal. letharg. jest wybitna np. co do zachowania się cukru w płynie mózgo-rdzeniowym. W schizofrenji zmniejszona ilość cukru w płynie, w encefalicie zwiększona.

Prof. **Mazurkiewicz:** Pomijając stronę serologiczną, o której wspominał kol. Zamecki pragnąłbym zaznaczyć, że przebieg kliniczny tych przypadków schizofrenji, w których np. typowy stupor katatoniczny stanowi epizod, trwający pół roku albo trzy lata, przed którym i po którym stwierdzamy jakieś typowo inne obrazy schizofreniczne, — zdaje się, że spowoduje zupełną bezskuteczność wysiłków Kolegów z Dziekanki, aby katatonję wyłączyć z grupy zachorzeń schizofrenicznych.

SŁOWO KOŃCOWE.

Dr. **Bielawski:** Drwi Zameckiemu odpowiada, że niema widoków porozumienia się między dyskutującymi dopóty, dopóki jeden mówi o wynikach serol. badań w katatonji, — a drugi w schizofrenji (identyfikując przy tem te dwie postacie chorobowe), gdyż się nie wie, ile badacz miał katatoników wśród n przypadków schizofrenji i czy je w ogóle miał.

Prof. Mazurkiewiczowi odpowiada, że typowe zespoły hebefreno-katatoniczne zachodzą nietylko w schizofrenji, lecz również w szeregu innych chorób np. w p.p.; ba, dla niektórych z nich, jak np. El, są one niemniej typowymi.

Do katatonji dziś jeszcze zalicza wielu autorów sprawy czysto funkcjonalne, które traktowane na równi ze sprawami wybitnie organicznego pochodzenia, powodują szereg nieporozumień i mglistość pojęcia katatonji wogóle.

O odczepieniu katatonji od grupy schizofrenijnej mówił autor już na Zjeździe we Lwowie. Dziś dalsze badania w tej materji przekonują go tylko o słuszności raz zajętego przezeń stanowiska.

Streszczenia.

Prof. Mazurkiewicz—O PATOLOGJI AFEKTU.

Drogą misternej konstrukcji myślowej, opartej na doświadczeniach klinicznych i spostrzeżeniach anatomopatologicznych, przy zużytkowaniu teorji Bleulera o schizoidji i syntonji, ref. stara się wykazać, że manja ma swą antytezę w paranoi. Antyteza ta polega na tem, że w manji dominują pierwiastki afektu wrodzone (lokalizacja poniżej półkul mózgu) — syntonja, podczas gdy w paranoi przeważa afekt nabyty, który jest związany ściśle z procesami intelektualnymi (umiejscowionemi w półkulach)—schizoidja.

W schizofrenji można często zaobserwować formy kliniczne, stojące jakby na pograniczu z psychozą manjakalno-depresyjną, jak też z drugiej strony—sąsiadujące z paranoią. To też autor wysuwa tezę, że grupa schizofrenijna jest grupą pośrednią, łącznikiem pomiędzy wzmiankowanymi dwoma biegunami—manją i paranoią.

DYSKUSJA.

Dr. Bielawski—Teza: manja jako przeciwieństwo paranoi jest pięknym, konsekwentnym wynikiem myślowym, gdy się za podstawę bierze teorję o syntonji i schizoidji, popartą imponującymi wynikami badań autora z dziedziny lokalizacji afektu.

Za to koncepcja stosunku schizofrenji do wzmiankowanych dwóch grup, jako grupy pośredniej, łączącej te przeciwieństwa za pomocą swych biegunów, — jest mniej przekonywująca. Nauczyliśmy się widzieć w schizofrenji jako zasadniczy objaw — rozszczepienie osobowości i rozszczepienie wogóle każdej funkcji psychicznej. Objaw ten, będąc kardynalnym w schizofrenji, może już sam przeciwstawiać tę postać chorobową manji i paranoi, gdzie osobowość jest zachowana. Manja, melancholja, paranoia — są to hyper — lub hypofunkcje w tej czy innej płaszczyźnie psychicznej. Schizofrenja natomiast, a przynajmniej schizofazja — jest to dysfunkcja.

Prof. Mazurkiewicz (w odpowiedzi). Nie godzi się na objekcje oponenta, akcentując, że oponent teorji jego jako takiej nie odrzucił, zatrzymując się tylko na szczegółach.

Dr. Siemionkin: REWOLUCJA, SPOŁECZEŃSTWO I ZABURZENIA PSYCHICZNE.

Zdarzenia, jak rewolucja, wojna, epidemja, zawsze pozostawiają po sobie pewien ślad w życiu społeczeństwa, powołując do działania ludzi znajdujących się w stanie snu moralnego. Nie same wydarzenia w czasie rewolucji wywołują psychiczne choroby, lecz wycieńczając układ nerwowy i duszę człowieka, tworzą stosowny grunt do zaburzeń psychicznych. Zdania psychjatrów francuskich i rosyjskich, oparte na doświadczeniach w r. 1905, są jednakowe, mianowicie, że ilość psychicznie chorych w okresie rewolucji nie powiększa się. Zjawisko to może być wytłomaczone różnemi przyczynami: 1) brak dokładnej rejestracji chorych wskutek dezorganizacji aparatu administracyjnego, 2) szybkość przebiegu choroby i leczenie w domu, 3) rewolucja wprowadza inteligentną i myślącą warstwę społeczeństwa w rodzaj fizjologicznej egzaltacji, w której okrucieństwa nie działają tak, jakby działały w normalnym czasie, 4) element zwyrodniały, niezrównoważony, który by w przyszłości mógł dostarczyć psychicznie chorych, przyjmując czynny udział w rewolucji, ginie. Najwięcej interesującą rolę w rewolucji odgrywają degeneraci z zachowanym intelektem, z których wychodzą przestępcy, agitatorzy oraz społeczni działacze; wśród ostatnich nieraz są jednostki stojące na czele ruchu. Niekiedy osoby psychicznie chore, znajdujące się na wolności, zwłaszcza histerycy, paranoicy, czasem paralitycy, pod wpływem rewolucyjnych wydarzeń, mogą również brać czynny udział w ruchu, tembardziej, gdy urojenia ich nie są absurdalne i zgadzają się z myślami masy. Spostrzeżenia psychjatryczne podczas ostatniej rosyjskiej rewolucji tak w szpitalu jak i poza nim, wykazały, iż w wielu przypadkach miało się do czynienia z ludźmi poprostu psychicznie chorymi lub z degeneratami z zachowanym intelektem. U degeneratów, którzy popełniali różne gwałty i morderstwa, można było stwierdzić nietylko zanik poczucia etyki lecz nieraz seksualne zboczenia w formie sadyzmu. Ruch rewolucyjny również wpływa na usposobienie chorych w zamkniętych zakładach, zmieniając kierunek urojeń, albo dając podstawę do nowych urojeń. Co się tyczy rozwoju i charakteru psychoz w okresie rewolucyjnym, autorzy z czasów rewolucji w roku 1905 twierdzą, że obserwowano przeważnie psychozy depresyjne z szybkim przebiegiem. Spostrzeżenia z ostatniej rewolucji rosyjskiej również wykazują prawie wyłącznie depresyjne stany z halucynacjami i urojeniami prześladowczemi. Ruch rewolucyjny odbija się również na młodem pokoleniu. Gry dziecięce noszą współczesny charakter: chłopcy bawią się w wojnę, w karę śmierci. Znanym jest fakt, że moralne wstrząśnienia podczas ciąży wpływają na mające przyjść na świat dziecko. Do tego dołącza się jeszcze ekonomiczny rozstrój Jaki procent psychicznie chorych dostarczy rewolucja roku 1917, pokaże grzyszłość.

Referent ilustruje wywody swoje konkretnymi przypadkami. (Autoreferat).

DYSKUSJA.

Prof. Mikulski: Doświadczenia i statystyka nie wykazują, by wojna lub rewolucja wywoływały specjalne psychozy wojenne lub rewolucyjne. Również brak jest determinizmu przyczyn i skutków.

Przytacza przykłady.

Dr. Sterling: Jakkolwiek liczba psychoz właściwych w przebiegu ostatniej wojny i ostatniej rewolucji nie uległa wyraźnemu wzmożeniu, to jednak wpływ urazów wzruszeniowych, które kumulują się w okresie wojny i rewolucji wzmaga powstawanie psychonerwic i samobójstw. W armji niemieckiej np. podczas ostatniej wojny liczba psychonerwic była tak znaczna, że musiano się uciec do leczenia tych przypadków barbarzyńską metodą Kaufmanna.

Inny jest stosunek samobójstw, zwłaszcza wśród młodzieży szkolnej, do wstrząsów wojennych i rewolucyjnych. Stosunek ten uwidocznia wzmożenie się samobójstw w okresie powojennym i porewolucyjnym, jak wykazały liczne statystyki w Rosji po roku 1905 oraz w Niemczech i Rosji po rewolucji z lat 1917 19 8. Statystyki te wykazują, że samobójstwo jest tu klasycznym objawem metarewolucyjnym.

Dr. Nelken: Niema specyficznych psychoz rewolucyjnych, jak niema specyficznych psychoz wojennych Najczęstszo są tu i tam stany reaktywne, których psycho-geneza nie tkwi w warunkach specjalnie wojennych, a w kompleksach ogólno ludzkich i osobistych. Nawet i nerwice urazowe na wojnie nie zawsze powstają na froncie i wskutek ciężkich przejść i uszkodzeń wojennych. Prowokuje je nie tyle ogień artyleryjski, jak raczej podświadomy jakiś kompleks.

Doc. Dr. Artwiński: LECZENIE PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO.

(Praca in extenso zostanie wydrukowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej). Ref.

podnosi w niej sukcesy lecznicze osiągnięte stosowaną przezeń metodą leczenia przy pomocy szczepienia chorym zimnicy, z następczą kuracją swoistą.

Dr. Bielawski: PARA UWAG O LECZENIU PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO.

Wychodząc z założenia, że stosowanie terapji swoistej jest niebezpieczne i szkodliwe, zwłaszcza u pacjentów zniedołężniałych fizycznie, dalej u wszystkich tych wogóle, u których kiła nadwątliła ustrój w silnym stopniu, a do nich należą pacjenci, u których moment zakażenia od chwili wybuchu działał całe dziesiątki lat. Tu z braku środków radykalnych ogranicza się interwencję lekarza do podtrzymywania sił ustroju, a więc — zabiegi fizykalne, wzmożone odżywianie itd., a nadewszystko zasada non nocere. W przypadkach świeżego zakażenia stosuje się preparaty arszeniku i bismutu (Luatol). Ostatni mimo naganki ze strony syfilidologów, wydaje się być preparatem obiecującym w leczeniu pp. Taką to metodą indywidualizacji udało się osiągnąć w ostatnich trzech latach w Dziekance cyfrę 32,7 % wypisanych pacjentów w stanie polepszenia, w śród nich byli także przedstawiciele inteligencji, jak sędzia, student, lekarz, kupiec z wykształceniem, którzy powrócili do swoich zajęć zawodowych. Ogółem w ostatnich trzech latach było leczonych około 60 pacjentów chorych na pp. (nie liczę przypadków pp. połączonych z wiądem rdzenia.

Ref. wyraża mniemanie, iż wiara niektórych autorów w sukcesy terapeutyczne leczenia malarją, jest złudzeniem, spowodowanem tą okolicznością, że 1) wogóle wirus syfilityczny w ostatnich dziesięciu leciach osłabł najwidoczniej, co zgodnie przyznają starsi psychjatrzy, a co pozwala pomyślniej nieco rokować w dobie naszej, 2) że najczęściej mamy statystyki porównań leczenia malarją z inną terapją, przy tem najczęściej swoistą, która często szkodzi. Stąd złudzenie, że malarja pomaga.

Ref. dzieli się wynikami własnych prób leczenia przy pomocy malarji i duru powrotnego w roku 1918, których wynik równał się żeru. Z resztą wyraża wątpliwość, czy względy etyczne pozwalają nam przenosić swobodnie krew jednego pacjenta na drugiego, gdyż wiemy, jak dalece różny bywa przebieg choroby, bardzo łagodny i pomyślny i bardzo złośliwy i szybko prowadzący do śmierci — i czy możemy, przy współczesnym stanie wiedzy biologji i chemji krwi, zapewnić siebie i otoczenie chorego, że owe przeniesienie krwi (np. od pacjenta o galopującej formie pp. na pacjenta z formą łagodną), nie pogorszy jego stanu chorobowego.

(Autoreferat).

DYSKUSJA

(nad referatami o leczeniu pp.).

Dr. Bednarz; Brak objektywnego sprawdzianu „poprawy i polepszenia“ może spowodować wytworzenie się złudzeń, że w malarji mamy potężny środek leczniczy. Między poprawą chor. inżyniera lub lekarza, a poprawą i powrotem do swego zajęcia stolarza lub wyrobnika, istnieje znaczna różnica. Objektywne badanie chorego z wyzdrowieniem, względnie poprawą — wykazuje ubytki intelektu, czasem dość znaczne. Więc należy ustalić objektywny sprawdzian poprawy. Skomplikowane leczenie malarją i innym środkiem specyficznym jednocześnie — zaciemnia tylko sprawę i utrudnia wyświetlenie, jakie faktycznie znaczenie może mieć malarja jako środek leczniczy. Statystykę i obserwację trzeba prowadzić bardzo ostrożnie, by nie uledz autosuggestji, co chcemy widzieć. Należy pamiętać o rozmaitych sposobach leczenia gruźlicy i o złudzeniach przeżytych w związku z tem przez świat lekarski. Badania leczenia malarją należy prowadzić, nie kombinując ich z innymi sposobami leczenia; wyzdrowienie należy ostrożnie kwalifikować.

Prof. Mikulski. Już od 11—12 lat szpital psychjatryczny Kochanówka stosuje przy porażeniu postępującem terapję gorączkową w postaci wstrzykiwań nukleinianu sodu; wyniki są ogłoszone w kilku pracach lekarzy szpitalnych. Żadnych szkodliwych ubocznych objawów nie spostrzegano.

Wyniki nie są gorsze od wyników podanych obecnie, pod pewnym względem nawet lepsze. Dlatego twierdzenie, że leczenie zimnicą daje wyniki lepsze niż inne metody, nie może się ustać. Ujemną stroną środka jest jego drożyzna.

Prof. Grzywo-Dąbrowski: Zwraca uwagę, że leczenie malarją może w pewnych warunkach spowodować zakażenie otoczenia zdrowego lub zakażenie innych chorych malarją. Należy przedsięwziąć wszelkie środki przy tym sposobie leczenia, żeby otoczenie się nie zazakaziło. Okoliczności, że malarja zaszczepiona choremu może spowodować jego śmierć, powinne zmusić do ostrożnego stosowania tej metody i objaśnienia rodziny chorego o niebezpieczeństwie tej kuracji, by uzyskać od niej zgodę na piśmie.

Uważa, że pewna ilość przypadków poprawy lub wyleczenia porażenia postępującego może mieć swe źródło i w błędzie djagnostycznym, gdyż niekiedy jest bardzo rzeczą trudną lub niemożliwą odróżnić kiłę mózgu od porażenia postępującego.

Dyr. Dr. Piotrowski. W roku 1908/1909 robił doświadczenia terapeutyczne wstrzykiwaniem nukleinianu sodu w pp. i w schizofrenji bez zachęcających wyników.

SŁOWO KOŃCOWE.

Doc. Artwiński w odpowiedzi; maksymalna ilość zwolnień samoistnych wynosi od 10 — 16 %, a więc jest znacznie niższa niż ilość zwolnień po leczeniu zimnicą. Sprawdzianem leczenia jest powrót chorych do zajęć zawodowych. Leczenie salwarsanem i jodem po ukończeniu leczenia zimnicą konieczne. Po natr. nuclein. nie spostrzeżono dłużej trwających zwolnień. Leczenie zimnicą należy prowadzić w takich warunkach, aby dla otoczenia nie było niebezpieczeństwa. Zakażenia u otoczenia nie stwierdzono.

Dyr. Dr. Siwiński. OPADANIE CZERWONYCH CIAŁEK KRWI W CHOROBACH UMYSŁOWYCH.

Opadanie krwinek czerwonych znane starożytnym jako crusta phlogistica sanguinis, opisywane na początku wieku XVIII przez Huntera, nie obce czasom Virchowa i Nassego, zwróciło uwagę Biernackiego, który w latach 1894-7 w szeregu prac opisał zarówno samodzielnie opracowaną metodę, jakoteż podał wyniki swych badań nad samoistną sedymentacją krwi. — Biernackiemu więc zawdzięczamy tak wszechstronne już lat temu 30 opracowanie odczynu, słusznie nazwanego przez Zjazd Internistów w Wilnie odczynem Biernackiego. —

W chorobach psychicznych szereg autorów, dziś jeszcze nieliczny, zwrócił uwagę na zmiany sedymentacji krwi. To też w Kochanówce przystąpiliśmy do badań, pragnąc wyjaśnić dziś jeszcze nie rozstrzygnięte ostatecznie zagadnienie (Praca ukaże się w druku w numerze jubileuszowym z powdu 35-lecia Dra S. Sterlinga).

(Autoreferat).

Dr. Zamecki. CHEMICZNE BADANIE KRWI U PSYCHICZNIE CHORYCH.

(referatu nie nadesłano).

DYSKUSJA.

Dr. Stryjeński zapytuje, czy były wykluczone błędy w badaniu w różnych porach dnia oraz w zależności od djety.

Dr. Zamecki w odpowiedzi; Chorzy byli badani z rana, tylko epileptycy bezpośrednio po ataku i po śniadaniu.

Dr. Dr. Bielawski i Siemionkin: OBJAWY MOTORYCZNE W KATATONJI A SPRAWACH EXTRAPIRAMIDOWYCH.

(Praca wydrukowana w zeszycie czerwcowym „Now. Psych.)

Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na psychicznie chorych przychodzą Ref-ci do wniosków:

I. Mioklonja, bądź synchroniczna obustronna, bądz jednostronna, zachodzi często w katatonji właściwej, zwłaszcza w okresie ostrym tego zachorzenia.

II. Objaw t. zw. diffuzji (Neri) zachodzi nader często w katatonji właściwej.

III. Objaw ten nie jest wynikiem stanu wzmożonej pobudliwości nerwu łokciowego i stanowi przypuszczalnie formę odruchu antagonistycznego tak właściwego katatonji.

IV. Objawy powyższe jak również oddziaływanie miotoniczne mięśni i zmiejszona pobudliwość elektryczna mięśni — są wspólne parkinsonizmowi i katatonji i, jeżeli (zdaniem pewnych autorów) mają charakteryzować sprawę extrapyramidową, cechują też katatonję jako sprawę tejże natury.

Dr. Natalja Zylberlast - Zandowa. O ZNACZENIU OCHRONNEM OPONY NACZYNIOWEJ I SPLOTÓW NACZYNIASTYCH.

(Z pracowni neuro-biolog. przy Warsz. Tow. Nauk. Dyr. Flatau).

Ośrodkowy układ nerwowy zajmuje stanowisko wyjątkowo uprzywilejowane: większość substancji, wprowadzanych do krwiobiegu nie przenika zupełnie lub przenika w małych niezmiernie ilościach do tkanki nerwowej. Zjawisko to musi niewątpliwie zależeć od narządu ochronnego, znajdującego się w układzie nerwowym. Sądzono, że narządem takim jest splot naczyniasty. Dowody, przytaczane na poparcie tego mniemania, nie są jednak dostatecznie przekonywające. Doświadczenia własne polegały na usuwaniu splotu naczyniastego i następczem barwieniu przyżyciowem zwierząt. Okazało się, iż mimo braku splotu w jednej komorze bocznej, **tkanka tej półkuli pozostała równie niezabarwioną, jak i tkanka półkuli przeciwległej.** Dowodziłoby to, iż splot nie jest owym filtrem, zatrzymującym ciała, krążące we krwi. Pewne szczegóły w doświadczeniach zwróciły naszą uwagę w kierunku opony naczyniowej. W celu sprawdzenia tego zagadnienia usuwaliśmy oponę naczyniową na pewnym odcinku układu nerwowego i następnie barwiliśmy zwierzę przyżyciowo błękitem trypanu. Zawsze w tych wypadkach otrzymywaliśmy wynik dodatni, a mianowicie, **klin mózgu, znajdujący się pod**

usuniętą naczyniówką, barwił się na kolor błękitny. Badania drobnowidzowe ustaliły, że błękit trypanu gromadził się w osobliwych komórkach, pochodzenia łącznotkankowego w t. zw. **histiocytach.** Są to opisane elementy w układzie **siateczkowo-śródbłonkowym,** obecne we wszystkich narządach organizmu (w wątrobie, jako komórki gwiaździste **Kupfera,** w kresce, w otrzewnej, w jelitach, w skórze etc.), mające liczne zadania, jak obronę od drobnoustrojów przez wytwarzanie przeciwcia', fagocytowanie cząsteczek, rozkład krwi, pośredniczenie w przemianie materji itp. **Histiocyty** stwierdzić się daje w obrębie opony naczyniowej wszędzie, gdzie tylko się ona znajduje. A przypomnieć należy, iż opona naczyniowa otacza powierzchnię całego układu ośrodkowego nerwowego, towarzyszy nieodłącznie naczyniom krwionośnym w głębi tkanki nerwowej oraz stanowi część składową splotu naczyniastego. Ta ostatnia cecha decyduje o tem, iż splot naczyniasty barwi się każdorazowo tak intensywnie przy barwieniu przyżyciowem. Jednakże fakt, iż komórki nabłonkowe splotu nie magazynują barwnika, przemawia przeciw ich roli swoistej, jako filtra ochronnego. Sądzić należy, że opona naczyniowa stanowi w całej swej rozciągłości wał ochronny pomiędzy tkanką nerwową a układem krwionośnym.

W warunkach zwykłych filtrowanie krwi odbywa się już na poziomie naczyniówki powierzchownej, stąd naczyniówka głęboka(okołonaczyniowa) nie jest zabarwiona. Filtrowaniu temu sprzyja okoliczność, iż tętnice tkanki nerwowej są bardzo cienkie i odchodzą od wspólnej sieci tętniczej na powierzchni mózgu dopiero w razie schorzenia naczyniówki powierzchownej; w grę wchodzi naczyniówka głęboka i spełnia swą rolę ochronną, gromadząc w histiocytach czynniki obce (jak np. barwnik, wprowadzony doświadczalnie).

(Autoreferat).

ZESZYT ZJAZDOWY.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ERRATA.

Zamiast:	Ma być:
Str. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Str. 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56
„ 3 (51) Mitkos	Mitkus
„ 3 (51) Przeradzka	Tołłoczko - Przeradzka